

ÁFRICAN UNION
الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE
UNIÃO AFRICANA

Adis Abeba, ETIÓPIA P. O. Box 3243 Telefone: +251-115 517 700

Fax: +251-11-5 517844 Website: www.África-union.org

Relatório Anual Sobre o Estado da Saúde Materna, Neonatal e Infantil em África
2013

“Intervenções de SMNI de elevado impacto e de baixo custo em África”

Agradecimentos

Este relatório de situação incide sobre temas específicos que promovem as “intervenções da SMNI de alto impacto e baixo custo em África – planeamento familiar, imunização, nutrição, integração de serviços de saúde e financiamento a saúde. O relatório faz revisão da situação no que diz respeito a SMNI no continente e faz recomendações concretas e dirigidas. O ponto de situação é apresentado tendo como referência os indicadores seleccionados e relevantes (integrados) do Plano de Acção de Maputo (PAM)”.

O apoio e a contribuição crucial dos parceiros chave, para a produção desta publicação, são aqui reconhecidos e apreciados. Especificamente, reconhecemos e elogiamos o apoio do FNUAP, PSMNI, AfriDev, AGVI, AAI, USAID e AusAID.

Índice

Índice	3
Lista de Acrónimos e Abreviaturas.....	5
Prefácio	6
1. Antecedentes	11
2 SAÚDE INFANTIL	13
2.1. Mortalidade Infantil Abaixo dos Cinco Anos.....	13
2.2. Taxa de Mortalidade Infantil.....	16
2.3. Mortalidade Neonatal	17
2.4. Nutrição e Saúde infantil.....	20
2.5. Imunização e a Saúde infantil	23
3 SAÚDE MATERNA.....	29
3.1. Mortalidade materna	30
3.1.1. Níveis e Tendências na Mortalidade materna	30
3.1.2. Causas de Factores Subjacentes as Óbitos maternos	34
3.2. Morbilidade Materna	35
3.3. Planeamento Familiar	36
3.3.1. Níveis e tendências na fertilidade	37
3.3.2. Taxa de Prevalência de Contraceptivos.....	39
3.3.4. Reposicionando o Planeamento Familiar	42
3.4. Saúde Sexual Reprodutiva e Materna dos Adolescentes	43
3.5. Partos atendidos por Profissionais de Saúde Habilitados/	44
3.6. Nutrição e Saúde materna	45
3.7. Imunização e a Saúde materna	47
3.8. Reforçando a CARMMA.....	49
4. INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS	53
5. O FINANCIAMENTO DAS INTERVENÇÕES DA SMNI	55
5.1. Situação do Financiamento a SMNI	55
5.2. Inovações no Financiamento as Intervenções na SMNI	55
5.3. Financiamento Doméstico da SMNI.....	58

6.	RECOMENDAÇÕES PARA EXPANSÃO DAS INTERVENÇÕES DE SMNI DE BAIXO CUSTO E ALTO IMPACTO EM ÁFRICA	59
6.1.	Vontade política/Investimento	59
6.2.	Nutrição.....	59
6.3.	Imunização	59
6.4.	Saúde materna e Planeamento Familiar	60
6.5.	Reforço do Sistema de Saúde	61
7.	BIBLIOGRAFIA.....	62

Lista de Acrónimos e Abreviaturas

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
CMA – Compromisso dos Mercados Avançados
CPN – Cuidados Pré-natais
TARV – Terapia Antiretroviral
UA – União Africana
CUA – Comissão da União Africana
CARMMA – Campanha para Redução Acelerada da Mortalidade Materna, Neonatal e Infantil em África
TMI – Taxa de Mortalidade Infantil
SRC – Síndrome de Rubéola Congénita
OSC – Organizações da Sociedade Civil
DTP - Difteria, Pertussis e Tétano
PF - Planeamento Familiar
AGVI – Aliança Global para Vacinas e Imunização
HIV - Vírus de Imunodeficiência Humana
PVH – Papiloma Vírus Humano
CIPD – Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento
FFIIIm – Facilidade Financeira Internacional para a Imunização
M&A – Monitoria & Avaliação
MDM – Metas de Desenvolvimento do Milénio
RMM – Rácio de Mortalidade Materna
SMNI – Saúde Materna, Neonatal e Infantil
PAM – Plano de Acção de Maputo
ONG – Organizações Não-governamentais
SRO – Sais de Reidratação Oral
VPC – Vacina Pneumócica Conjugada
VCR – Vacina Contendo Rubéola
CERs – Comunidades Económicas Regionais
MMSA – Morbilidade Materna Severa Aguda
SSR – Saúde Sexual e Reprodutiva
DSSR – Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva
UNSIDA – Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/SIDA
FNUAP – Fundo das Nações Unidas para a População
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
USD – Dólares Norte-Americanos
WFMC – Clínica para o Bem-Estar da Mulher
OMS – Organização Mundial da Saúde

Prefácio

Os Chefes de Estado e Governo da União Africana, na 15^a Assembleia Ordinária mandataram a Comissão da União Africana para reportar anualmente sobre o estado da saúde materna, neonatal e infantil em África, até 2015. Assim, tenho prazer de apresentar este segundo Relatório de Situação da SMNI, em África.

As mulheres saudáveis são a fundação de comunidades fortes, e os recém-nascidos fortes são o futuro. Mesmo assim, ainda ocorrem muitos óbitos em cada ano, em África. Esta trágica perda de tantas vidas e a incapacidade podem ser prevenidas, ou geridas, através de intervenções de alto impacto e baixo custo, que mostraram que podem salvar vidas.

Portanto, sinto-me satisfeito por este relatório de situação incidir sobre temas específicos que promovem “intervenções de alto impacto e baixo custo sobre a SMNI em África - planeamento familiar, imunização, nutrição, integração de serviços de saúde e financiamento a saúde. O relatório faz uma revisão da sua situação no concernente a SMNI no continente, e apresenta recomendações concretas e focalizadas. O ponto de situação é apresentado tendo como referência os indicadores seleccionados e relevantes (integrados) do PAM.

Para além disso a 20^a Assembleia Ordinária dos Chefes de Estado e Governo da UA solicitou à Conferência de Ministros da Saúde da União Africana, para que passe em revista a situação da SMNI no continente e que submeta um relatório (a Assembleia). Este relatório servirá, então, como um veículo através do qual essa directriz é implementada.

Portanto, convido todas as partes interessadas a fazerem uso das constatações e recomendações deste relatório com vista a melhorar o estado da SMNI em África.

Sua Excelência Dr. Mustafa S. Kaloko
Comissário para os Assuntos Sociais

Sumário Executivo

O Quadro Continental sobre as Políticas sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos Reprodutivos, e o Plano de Acção de Maputo (PAM) para a sua implementação, continuam a ser as ferramentas básicas para que África atinja os objectivos 4 e 5 das Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDM) no período que decorre até ao ano 2015. A Campanha para a Redução Acelerada da Mortalidade Materna, Neonatal e Infantil em África (CARMMA) serve como uma plataforma crítica de advocacia, para o melhoramento da saúde materna, neonatal e infantil em África. A CARMMA gerou uma grande aderência à nível dos países, na medida em que a assumiram como sua, tendo sido lançada em 37 Estados Membros da União Africana.

Na sequência do sucesso da implementação bem sucedida do PAM em 2010, a 15ª Sessão da Assembleia Ordinária da UA, cuja Cimeira se realizou em Kampala, mandou a Conferência da União Africana (CUA) (ao abrigo da declaração Assembleia/UA/Decl.1{XV}), para reportar anualmente sobre o ponto de situação da SMNI em África até 2015. Em consonância com o exposto, a CUA, em colaboração com os parceiros, desenvolveu e submeteu o Relatório Anual Sobre o Ponto de Situação do SMNI em África, referente a 2012, a 19ª Assembleia Ordinária da UA.

A 20ª Assembleia da UA, de Janeiro de 2013 orientou a Conferência dos Ministros da Saúde da União Africana a procederem a revisão da situação da SMNI em África e reportar a Assembleia, ressaltando os resultados do Evento de Alto Nível sobre o "Reforço da Campanha sobre a Aceleração da Redução da Mortalidade Materna em África", um evento que decorreu em paralelo, onde os Chefes de Estado e Governo reafirmaram o seu compromisso para com a saúde das mulheres e crianças. Consequentemente, a CUA e os parceiros prepararam o 2º relatório anual sobre o ponto de situação da Saúde Materna, Neonatal e Infantil em África (2013).

O relatório é apresentado em seis principais capítulos, incluindo o capítulo sobre os antecedentes. Estes capítulos são: saúde infantil, saúde materna, integração de serviços, financiamento de intervenções da SMNI e recomendações sobre acções.

Á nível global, cerca de 20.000 crianças morrem por dia, a maioria delas de causas preveníveis. Á nível mundial os quatro grandes causadores de óbitos em crianças abaixo dos 5 anos são a pneumonia (18 por cento), doenças diarreicas (15 por cento), complicações de parto pré-termo (12 por cento) e asfixia neonatal (9 por cento). A subnutrição é uma causa subjacente em mais de um terço dos óbitos que ocorrem abaixo dos cinco anos. A malária ainda é a principal causadora de óbitos em África (excluindo o Norte de África), chegando a ser a causadora de 16 por cento dos óbitos abaixo dos cinco anos.

Embora se tenha verificado uma redução significativa na mortalidade infantil, o mundo ainda está a apenas meio caminho para atingir a meta de reduzir a taxa de mortalidade infantil para dois terços, até 2015 (objectivo 4 das MDM). As crianças africanas comportam uma proporção

desproporcionalmente elevada de óbitos, quando comparadas com as suas contrapartes em outras partes do mundo. Vinte e três dos vinte e quatro países com taxas de mortalidade infantil de acima de 100 por 1.000 nados vivos estão em África. Constitui motivo de particular preocupação a lentidão com que a taxa de mortalidade neonatal está a reduzir se comparada com as taxas de mortalidade infantil. Os partos pré-termo estão a aumentar na maioria dos países, sendo que 60 por cento dos partos pré-termo ocorrerem em África e na Ásia.

Cinco das nove regiões em desenvolvimento lograram atingir uma redução de acima de 50 por cento da mortalidade infantil nos últimos 22 anos, tendo os países da África do Norte atingido 68 por cento de redução no mesmo período. Os países da África Subsaariana atingiram uma redução de 39 por cento. Mas, o mais importante é o facto de os países terem duplicado a sua taxa anual de redução, de 1.5 por cento para 3.1 por cento, nos últimos 22 anos.

Oito países com uma taxa de mortalidade infantil que exceda os 150 óbitos por 1.000 nados vivos tem menos probabilidades de atingir o objectivo 4 das MDM, e portanto, precisarão de redobrar os seus esforços para reduzir a mortalidade infantil. Enquanto a maioria dos países africanos registaram tremendas reduções nas taxas de mortalidade infantil, desde 1990 até à data, apenas um país, o Egipto, foi capaz de atingir o objectivo 4 da MDM, e mais quatro países dão boas indicações de poder atingir o mesmo objectivo 4 das MDM.

A inaceitavelmente elevada taxa de subnutrição que se regista entre as crianças, não só reduz a sua imunidade às doenças, como também afecta o seu desenvolvimento físico e cognitivo, a longo prazo. A aceleração da redução da mortalidade abaixo dos cinco anos é possível, através da expansão/alargamento das medidas de intervenção efectivas, preventivas e curativas, que tenham como alvo as principais causas dos óbitos pós-neonatais (pneumonia, diarreia, malária e subnutrição), os bebés recém-nascidos e as crianças mais vulneráveis. Os esforços no sentido de expandir/alargar a cobertura vacinal, incluindo as vacinas pneumocócicas e para o rota vírus, suportadas pelas alianças internacionais como a AGVI e os governos dos países, deverão ser intensificados.

Todos os dias, em 2010, cerca de 800 mulheres perderam a vida devido a complicações da gravidez e parto, incluindo hemorragia maciça pós-parto, infecções, distúrbios hipertensivos, e abortos inseguro. Do total dos 800 óbitos, cerca de 440 óbitos ocorreram em África (excluindo a África do Norte) e 230 no Sul da Ásia, comparado com cinco em países de elevado rendimento. O risco de uma mulher, num país em vias de desenvolvimento, morrer de causas relacionadas com complicações na gravidez durante a sua vida é cerca de 25 vezes mais alta comparada com uma mulher que vive num país desenvolvido. A mortalidade materna é um indicador de saúde que evidencia grandes fossos entre os ricos e os pobres, tanto entre os países como entre eles.

A maior parte dos países em África (acima de 60%) teve elevados rácios de mortalidade materna (RMM) com mais de 300 óbitos maternos por 100.000 nados vivos, enquanto que dois países africanos, nomeadamente o Chade e a Somália apresentam RMM extremamente elevados, acima de 1.000 óbitos maternos por 100.000 nados vivos. Os países africanos com o maior peso de óbitos maternos são a Nigéria (40.000), a República Democrática do Congo

(15.000), o Sudão¹ (10.000), a Etiópia (9.000) e a República Unida da Tanzânia (8.500), cada um dos quais contribui com entre 3% a 14% da total global.

Embora os níveis de mortalidade materna tenham reduzido em 41%, desde 1990, os progressos verificados têm sido variáveis, não satisfatórios, mas os possíveis. A assistência de partos por pessoal de saúde devidamente qualificado e as taxas de prevalência de contraceptivos, que afectam directamente a mortalidade materna permanecem baixas em muitos Estados membros, e esforços concertados são necessários se o continente quiser atingir a objectivo 5 das MDM.

O número de mulheres africanas que usam contraceptivos aumentou de 69 para 75 milhões, num período de cinco anos, entre 2008 e 2012. A magnitude deste incremento vem da África Oriental (6 milhões), enquanto que o número real de utilizadoras decresceu em 13 milhões, no Norte África. Enquanto que na região da África Austral se verificou um aumento de utilizadores em 6 milhões, durante o mesmo período, houve pouca ou nenhuma alteração na África Ocidental e Central, respectivamente. A satisfação das necessidades das mulheres em termos de planeamento familiar poderia evitar 53 milhões de gravidezes indesejadas por ano, o que resultaria em menos 14.5 milhões de abortos, e menos 250.000 óbitos de mulheres, por ano, devido a gravidezes ou parto.

Em Julho de 2012, os países doadores prometeram \$2.6bn para os próximos oito anos numa cimeira sobre o Planeamento Familiar, em Londres, no que foi descrito como um avanço para as mulheres e raparigas mais pobres do mundo. Espera-se que o dinheiro colectado, mediante cometimento dos países em desenvolvimento, dê acesso ao PF a 120 milhões de mulheres no sul global. Mais de 20 países em desenvolvimento comprometeram-se a incrementar significativamente as despesas com o PF e a reforçar os direitos das mulheres para facilitar o seu acesso a contracepção.

Em muitos países africanos, os adolescentes constituem um terço da população e continuam a enfrentar uma série de desafios de saúde e sociais. Os países africanos constituem 20 dos 25 países com a mais alta fecundidade adolescente a nível global. As adolescentes estão expostas a um conjunto de riscos sexuais e reprodutivos, incluindo o casamento precoce, gravidezes indesejadas e abortos inseguros, e elevadas taxas de infecção pelo HIV e óbitos maternos. Este grande segmento da população, o maior de sempre, poderia jogar um lugar chave no crescimento e desenvolvimento nacional se as suas necessidades em termos de Saúde Sexual e Reprodutiva fossem devidamente acauteladas, acompanhadas por oportunidades de educação e emprego.

Os líderes africanos comprometeram-se com bem-estar das mulheres e crianças. Dentre outros, estes compromissos foram expressos através do PAM, da CARMMA e nas 15^a e 20^a Assembleias Ordinárias dos Chefes de Estado e Governo da UA. Os Chefes de Estado e Governo que deliberaram sobre a CARMMA na Cimeira e no Evento de Alto Nível, cujo anfitrião foi a República do Benin, emitiu uma série de decisões e comunicados para reforço das acções para melhoria da saúde materna, neonatal e infantil em África. Dentre as decisões todas, uma

¹ Os dados sobre o Sudão reflectem estimativas de RMM antes de Julho de 2011. Estima-se que a República do Sul do Sudão tenha um dos maiores RMM do Mundo.

“solicita aos Ministros da Saúde da União Africana para examinarem os progressos alcançados com relação ao estado da saúde materna, neonatal e infantil em África; definir estratégias concretas e inovadoras, à larga escala, de modo a atender adequadamente às necessidades das mulheres e crianças africanas em termos de saúde, e submeter um relatório a 21ª Sessão Ordinária da Assembleia.

O relatório também aborda a integração dos serviços de SMNI, e discute o potencial da abordagem de cuidados contínuos para expandir o acesso universal aos serviços.

O financiamento das intervenções da SMNI é um dos desafios chave em todo o continente. O Relatório destaca algumas das estratégias inovadoras para fazer face as carências financeiras, os compromissos da comunidade internacional e a percentagem de despesas de saúde dos orçamentos nacionais dos Países Africanos. Embora haja desenvolvimentos encorajadores à nível interno dos países, e outros mecanismos de financiamento doméstico, persistem desafios em mobilizar os recursos adicionais e para se fazer o melhor uso dos recursos que já estão à disposição dos Estados Membros.

Também se avança um conjunto de recomendações que focalizam sobre as áreas chave em que o relatório incidiu. Estas recomendações incluem, mas não se limitam a, assegurar acesso universal a intervenções de alto impacto e baixo custo sobre a saúde materna, neonatal e infantil, e o reforço dos sistemas de saúde, com enfoque nos recursos humanos para a saúde, e na garantia da disponibilidade de meios de vida essenciais que salvem as vidas de mulheres e crianças.

1. Antecedentes

O Quadro de Políticas Continentais para a Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos (SSRD), e o PAM para a sua implementação, continuam a ser as ferramentas básicas para que África atinja os objectivos 4 e 5 das MDM, no período que decorre até ao ano 2015. A Campanha para a Redução Acelerada da Mortalidade Materna, Neonatal e Infantil em África (CARMMA) serve como uma plataforma crítica de advocacia para o melhoramento da saúde materna, neonatal e infantil em África. A CARMMA gerou uma grande aderência à nível dos países, tendo-a estes assumido, tendo sido lançada em 37 Estados Membros da União Africana.

O Quadro de Políticas sobre a SSRR foi adoptado pela UA ao abrigo da decisão número; *EX.CL/225 (VIII)*, em 2005, em resposta ao apelo para a redução da morbilidade e da mortalidade materna e infantil em África. Esta foi concebida como a contribuição de África para a implementação do Programa de Acção da Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento (CIPD) visto que a centralidade da Saúde Sexual e Reprodutiva e direito ao desenvolvimento humano recebeu o reconhecimento da comunidade internacional e governos dos países. Para além disso, o quadro de políticas SSRR visava acelerar as acções sobre a implementação das MDM, particularmente as relacionadas com a saúde, incluindo o objectivos 4, 5 e 6 das MDM. Em 2006, a UA, ao abrigo da declaração número. *EX.CL/Dec.516 (XV)*, do Conselho Executivo, adoptou o PAM para a implementação do Quadro de Políticas SSRD.

Na sequência do sucesso da implementação do PAM em 2010, a 15ª Sessão da Assembleia Ordinária da UA, cuja Cimeira se realizou em Kampala, manditou a CUA (ao abrigo da declaração Assembleia/UA/Decl.1{XV}) para reportar anualmente sobre o ponto de situação da SMNI em África até 2015. Em consonância com o exposto, a CUA, em colaboração com os parceiros, desenvolveu e submeteu o Relatório Anual Sobre o Ponto de Situação da SMNI em África, referente a 2012, a 19ª Assembleia Ordinária da UA.

A 20ª Assembleia da UA, de Janeiro de 2013 orientou a Conferência dos Ministros da Saúde da União Africana a procederem a revisão da situação da SMNI em África e reportar a Assembleia, ressaltando os resultados do Evento de Alto Nível sobre o “Reforço da Campanha sobre a Aceleração da Redução da Mortalidade Materna em África”, um evento que decorreu em paralelo, onde os Chefes de Estado e Governo reafirmaram o seu compromisso para com a saúde das mulheres e crianças.

Consequentemente, a CUA e os parceiros prepararam o 2º relatório anual sobre o ponto de situação da Saúde Materna, Neonatal e Saúde Infantil em África (2013).

O relatório é apresentado em seis principais capítulos; a seguir ao capítulo dos antecedentes há um capítulo sobre a saúde infantil que examina a situação da mortalidade infantil e neonatal, no continente. A nutrição e a imunização são abordadas como contribuintes para a mortalidade e morbilidade infantil, e em consideração às intervenções de alto impacto e baixo custo para tratar as principais causas da mortalidade e morbilidade.

A saúde materna é abordada sob várias perspectivas; níveis e tendências, morbidade materna, saúde sexual e reprodutiva do adolescente, nutrição e imunização. No capítulo sobre o planeamento familiar são discutidos os níveis e tendências da fertilidade, taxas de prevalência de contraceptivos, necessidades não satisfeitas e o reposicionamento do planeamento familiar.

A integração de serviços foi tratada como um capítulo destacado para demonstrar a importância do facto de que uma forma de garantir acesso universal às intervenções de alto impacto é a integração através do acompanhamento continuado da gravidez, infância e adolescência. Os dois últimos capítulos discutem a questão do financiamento das intervenções SMNI e um conjunto de recomendações para expandir as intervenções de SMNI de alto impacto e baixo custo em África.

2 SAÚDE INFANTIL

2.1. Mortalidade Infantil Abaixo dos Cinco Anos

Embora se verifique uma significativa redução nos óbitos de crianças, o mundo ainda está a apenas meio caminho para atingir a meta de reduzir a taxa de mortalidade infantil para dois terços, até 2015 (objectivo 4 das MDM). Constitui motivo de particular preocupação a menor taxa de redução que se verifica na taxa de mortalidade neonatal comparada com as TMI². Á nível global, cerca de 20.000 crianças morrem por dia, as maioria das quais por causas preveníveis³. Não obstante terem-se registado progressos significativos na redução da mortalidade abaixo dos cinco anos, que se situou em 51 óbitos por 1.000 nados vivos, no final do ano 2011, muito ainda precisa de ser feito para se atingirem as MDM de 29 óbitos por cada 1.000 nados vivos até 2015⁴.

Cinco dentre nove países em regiões em desenvolvimento atingiram uma redução de acima de 50 por cento na taxa de mortalidade infantil nos últimos 22 anos, tendo os países do Norte de África atingido uma percentagem de redução de 68 por cento, no mesmo período. Os países a Sul do Sahara registaram uma redução de apenas 39 por cento. O mais importante, porém, é que os países no conjunto duplicaram a sua taxa anual de redução de 1.5 por cento para 3.1 por cento nos últimos 22 anos.

Muitos óbitos abaixo dos cinco anos ocorrem na região da África Subsaariana e nos países do Sul da Ásia. Por exemplo em 2011, todos os países com taxas de mortalidade abaixo dos cinco anos, de acima de 100 óbitos por 1.000 nados vivos eram destas duas regiões, sendo 23 dos 24 países da África Subsaariana⁵. Até 2011, 28 países (59 por cento) na África Subsaariana conseguiram reduzir a sua taxa da mortalidade infantil para taxas abaixo de 100 óbitos por 1.000 nados vivos enquanto que 20 (41 por cento) países registaram taxas de mortalidade infantil acima dos 100 óbitos por 1.000 nados vivos. Seis dos 28 países com taxas de mortalidade abaixo dos 100 óbitos por 1.000 nados vivos conseguiram atingir taxas de mortalidade infantil abaixo dos 40 óbitos por cada 1.000 nados vivos e mostram perspectivas encorajadoras em direcção ao alcance do objectivo 4 das MDM, definidas para 2015.

Oito (17 por cento) países com uma taxa de mortalidade infantil que excede os 150 óbitos por 1.000 nados vivos são menos susceptíveis de atingir o objectivo 4 das MDM, e portanto, precisarão de redobrar os seus esforços para reduzir a mortalidade infantil (Gráfico 1). Enquanto a maioria dos países africanos registaram tremendas reduções nas taxas de mortalidade infantil, desde 1990 até à data, apenas um país, o Egipto, foi capaz de atingir o

²UNAIDS. Global Report: *UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010*. Geneva: UNAIDS; 2010. Report No.: UNAIDS/10.11E | JC1958E. Geneva: UNAIDS/WHO.

³WHO and UNICEF (2012) Count down 2015: building a future for women and children

⁴UNICEF et al (2012) Levels and trends in child mortality

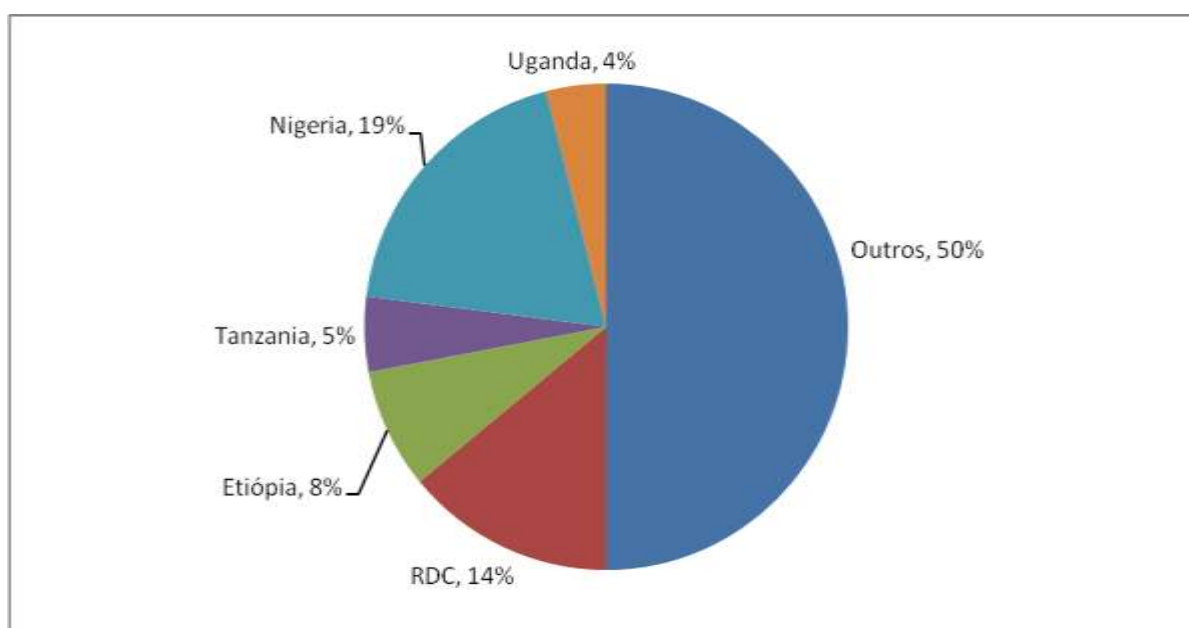
⁵Ibid

objectivo 4 da MDM, e mais quatro países dão boas indicações de poder atingir o mesmo objectivo 4 das MDM (Gráfico 2)⁶.

As principais causas globais de óbitos de crianças abaixo dos cinco anos são a pneumonia (18%); complicações de parto pré-termo (14%); diarreia (11%); complicações durante o parto (9%); e a malária (7%). A subnutrição é uma causa subjacente em mais de um terço das óbitos abaixo dos cinco anos.

Os partos pré-termos estão a aumentar na maioria dos países, sendo as complicações de parto pré-termo a principal causa dos óbitos de recém-nascidos – 60 por cento dos partos pré-termo verificam-se em África e na Ásia. Dos 11 países que registam taxas de parto pré-termo acima dos 15%, 9 são da África Subsaariana.

Gráfico 1. Países com Mais Elevada Prevalência de Mortalidade Abaixo dos Cinco Anos, 2009⁷



Pneumonia e a diarreia, as principais causas de óbitos de crianças abaixo dos 5 são ‘doenças da pobreza’ porque estão intimamente associadas a factores como condições ambientais familiares pobres, subnutrição e falta de acesso a serviços de saúde⁸. Os esforços para fazer face à pneumonia infantil apresentam resultados mistos; tanto apresentam sucessos impressionantes como também apresentam situações de oportunidades perdidas/desperdiçadas.

Ao nível global foram feitos grandes progressos na facilitação do acesso a fontes de água potável na promoção de amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida. Novas vacinas contra as principais causas da pneumonia tornaram-se disponíveis, e a maior parte dos

⁶ Ibid

⁷ IGME (2010). *Levels & Trends in Child Mortality. Report 2010*. New York: UNICEF.

⁸ UNICEF (2012) Comprometendo-se com a sobrevivência das crianças; Uma promessa renovada

países de baixa renda introduziram a vacina para o *Haemophilus influenzae type b (Hib)*. A vacina pneumocócica conjugada (VPC) também está cada vez mais disponível, mas os fossos entre a vacinação entre os países poderá reduzir o impacto significativamente.

O tratamento eficaz das doenças diarreicas baseia-se na administração de soluções de sais de reidratação oral (SRO) para evitar a desidratação que ponha a vida em risco, alimentação contínua e suplementação com zinco. Infelizmente, estes tratamentos não caros, que salvam vidas, continuam inacessíveis para a vasta maioria das crianças nos países mais pobres, e naqueles nos grupos mais pobres entre os países. Ainda mais preocupante é a falta de qualquer progresso real na expansão da cobertura do tratamento desde o ano 2000. Á nível global, menos de um terço das crianças com diarreia recebe SRO, e o uso de Zinco é muito baixo. Adicionalmente, através do apoio do AGVI, a vacina rotavírus está a ficar disponível/acessível para os países em desenvolvimento, e há planos em curso para a disponibilizar a mais países necessitados/merecedores.

É possível acelerar a redução da mortalidade abaixo dos cinco anos, através da expansão/alargamento das medidas de intervenção preventivas e curativas efectivas que tenham como alvo as principais causas dos óbitos pós-neonatais (pneumonia, diarreia, malária e subnutrição) e os bebés recém-nascidos e crianças mais vulneráveis.

Gráfico 2: Taxas de Mortalidade Infantil em África

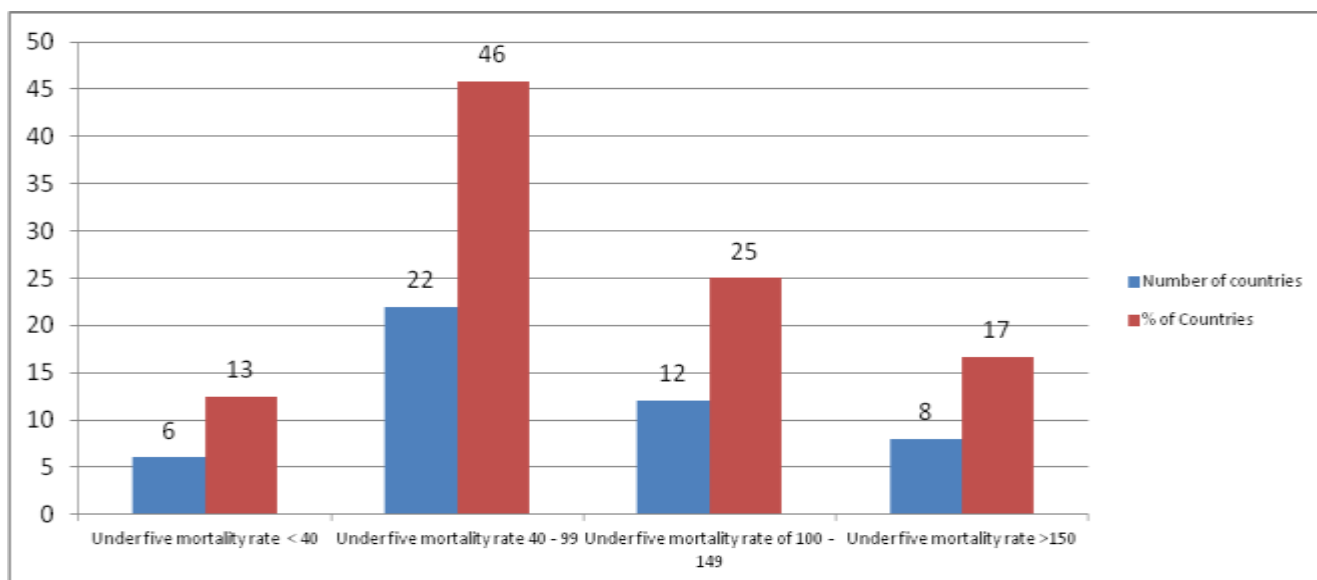
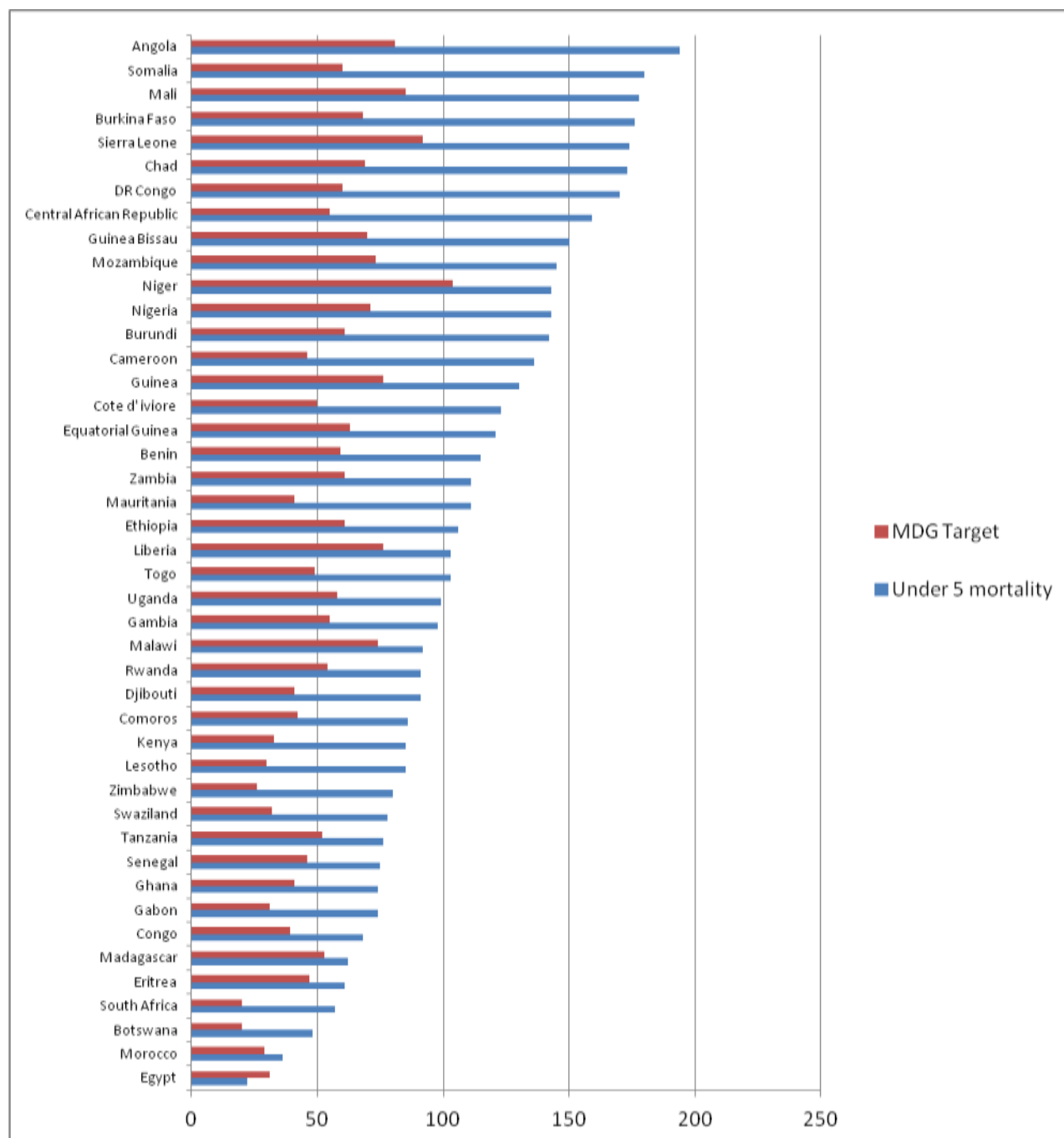


Gráfico 3: Taxas de mortalidade infantil confrontadas com o objectivo 4 das MDM nos Países Africanos



2.2. Taxa de Mortalidade Infantil

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) – óbitos de crianças com idades abaixo de um ano de vida por 1.000 nados vivos no mesmo ano – também registou uma tendência de queda em África, de 102 óbitos por 1.000 nados vivos, em 1990, para 75 óbitos por 1.000 nados vivos, em 2009. Isto representa um decréscimo de 26 por cento num período de 20 anos. Em

termos de número real de óbitos infantis, houve uma redução marginal de 2 por cento, dos 2.64 milhões em 1990 para 2.59 milhões em 2009, no continente como um todo. O número total de óbitos infantis em África, excluindo a África do Norte, ascendeu aos 2.5 milhões. Isto representa uns desconcertantes 97 por cento de óbitos infantis que ocorreram em 2009 no continente como um todo. O dado agregado de TMI para o continente apresenta muitas variações entre os países. A maioria dos países Africanos registaram um progresso positivo, embora lento, para este indicador. Um total de 47 países registou reduções na TMI entre 1990 e 2009 que se situou entre os 3 e os 73 por cento.

Seis Estados Membros – a Libéria, a Eritreia, o Madagáscar, o Cabo Verde, a Tunísia e o Egipto – apresentam-se com o melhor desempenho por terem reduzido a TMI em pelo menos 50%, entre 1990 e 2009. Note-se que estes países são os mesmos que registaram o mesmo progresso na taxa de mortalidade abaixo dos cinco anos, com a excepção da Etiópia e do Malawi. Três dos seis países que apresentaram o melhor desempenho localizam-se na África do Norte (Egipto, e a Tunísia); dois na África Ocidental (o Cabo Verde e a Libéria), enquanto que a África Oriental é representada pelo Madagáscar e pela Eritreia. Deve-se notar que a Libéria e a Eritreia, ambas incluídas nesta lista, são países que emergiram de uma situação de conflito. Isto não só demonstra que os conflitos são uma causa da elevada mortalidade infantil e da criança, mas também que a vontade política e intervenções com políticas pertinentes podem traduzir-se em mudanças significativas positivas.

As sub-regiões da África Central e da África Austral não estão representadas nesta lista de países que apresentaram bom desempenho. Além disso, dos três países (Camarões, Chade, e o Zimbabwe) onde a TMI aumentou, dois situam-se na África Central. Isto poderá ser uma indicação da prevalência de elevadas taxas de doenças, tais como a malária, que são o principal causador de óbitos em crianças na sub-região, combinada com fraca capacidade de responder às ameaças.

2.3. Mortalidade Neonatal

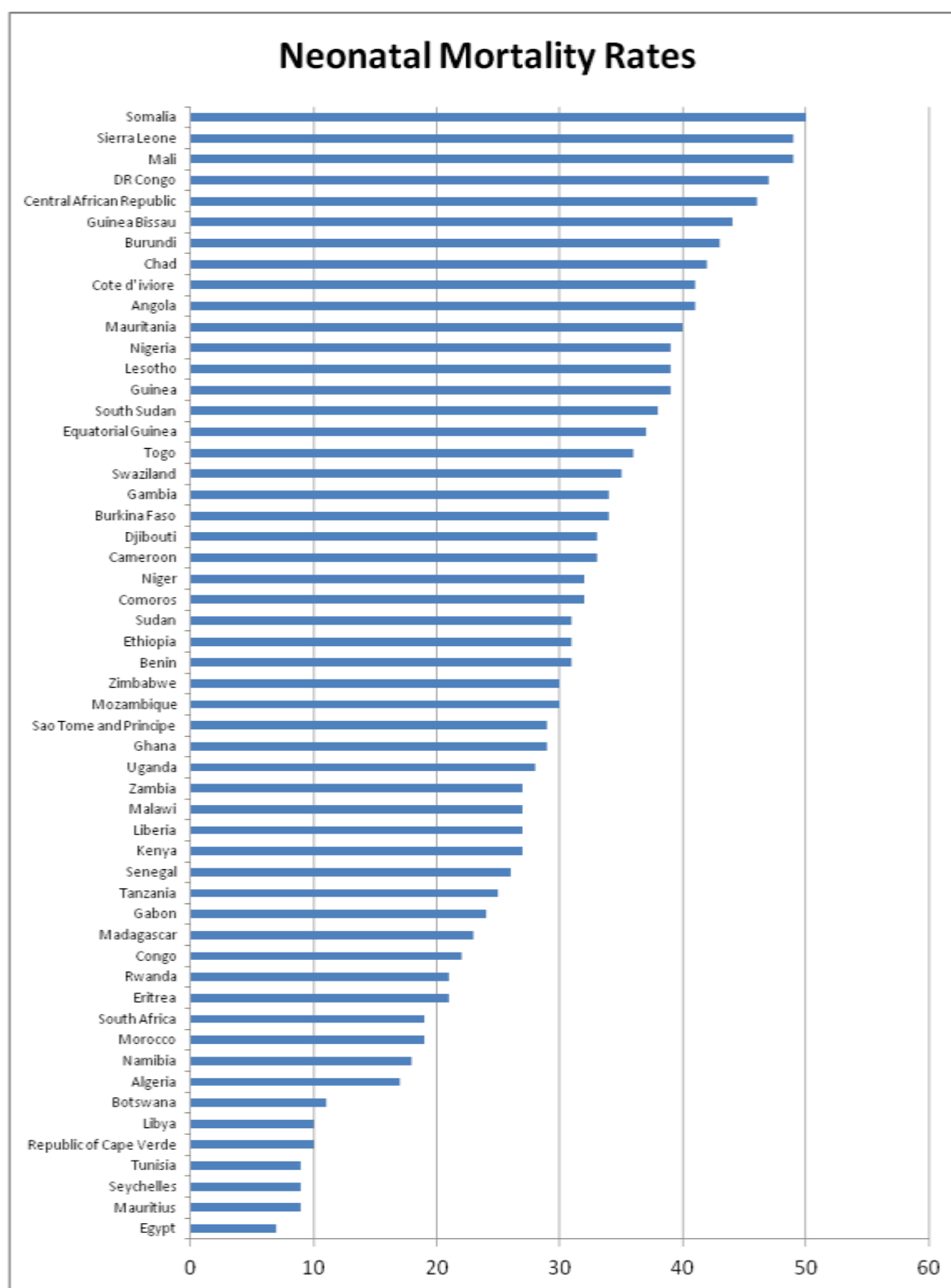
Embora, no seu todo a mortalidade abaixo dos cinco anos esteja a reduzir, os óbitos que ocorrem no período neonatal tem registado crescimento. Por consequência, reduzir a proporção dos óbitos abaixo dos cinco anos durante o período neonatal é importante. A mortalidade neonatal, que cobre os óbitos ocorridos no primeiro mês após o nascimento, tem interesse devido as intervenções de saúde necessárias para enfrentar às principais causas dos óbitos neonatais que geralmente diferem das que são necessárias para lidar com os óbitos que ocorrem abaixo dos cinco anos. Nos últimos 22 anos todas as regiões registaram uma lenta redução da taxa de mortalidade neonatal comparada com a taxa de mortalidade abaixo dos cinco anos. Ao passo que a mortalidade neonatal decresceu em 32 por cento, dos 32 óbitos por 1.000 nados vivos, em 1990, para 22 óbitos, em 2011, o que representa um média anual de redução de 1.8 por cento por ano, a taxa de mortalidade abaixo dos cinco anos registou uma redução anual muito mais acentuada, de 2.5 por cento⁹.

Os países da África Subsaariana contribuem com 38 por cento dos óbitos neonatais à nível global, tem as taxas de mortalidade neonatal mais elevadas, de 34 óbitos por 1.000 nados

⁹ UNICEF et al (2012) Levels and trends in child mortality

vivos em 2011, e encontram-se entre os países que registam menos progressos na redução da mortalidade neonatal. As taxas de mortalidade neonatal em África situam-se entre os 7 óbitos por 1.000 nados vivos no Egipto, e 50 óbitos por 1.000 nados vivos na Somália. Nove países em África, designadamente; as Maurícias (9), Seychelles (9), República do Cabo Verde (10), o Botswana (11), a Namíbia (18), a Argélia (16), a África do Sul (14), a Eritreia (21), o Ruanda (22) e o Congo (22) registaram taxas de mortalidade neonatal abaixo dos 22 óbitos por 1.000 nados vivos. As taxas de mortalidade neonatal específicas por cada país são ilustradas no gráfico 4.

Gráfico 4: Taxas de Mortalidade Neonatal nos Países Áfricanos



Cerca de 40% dos óbitos abaixo dos cinco anos ocorrem no período neonatal, a maioria dos quais se deve a complicações de parto pré-termo e complicações durante o parto. Muitas mães nos países mais pobres do mundo dão partos em casa, ao invés de recorrerem uma unidade de saúde, colocando-se desta maneira, a si e aos seus bebês, em situação de grande risco, caso surjam complicações. A cobertura de partos institucionais que são realizados nas unidades de saúde a nível mundial totaliza em média os 60%. A outra causa significativa de óbitos neonatais são as infecções, incluindo sepsias, meningite, tétano, pneumonia e a diarreia. O baixo peso à nascença (menos de 2,500 gramas) aumenta grandemente o risco de a criança perder a vida durante os primeiros meses e anos, e os que sobrevivem poderão ter a função imune debilitada, aumento do risco de doenças, e são susceptíveis de ter incapacidades cognitivas e de sofrer de subnutrição durante toda as suas vidas.

As visitas de cuidados pós-natal sobre questões como “amamentação precoce e exclusiva, manter o bebê aquecido, aumentar a frequência com que se lavam as mãos e fazer higiene ao cordão umbilical e cuidados com a pele, identificar condições que requeiram cuidados adicionais, e aconselhamento sobre quando levar o recém-nascido para uma unidade de saúde para ser observado por profissional de saúde habilitado/credenciado podem ser muito eficazes no encorajamento para adoção de cuidados adequados para prevenir a ocorrência de óbitos neonatais. Os trabalhadores de saúde comunitários podem jogar um papel crucial no provimento de cuidados às famílias que não têm fácil acesso a uma instituição de saúde.

Muitas evidências confirmam o significativo impacto do início da amamentação do recém-nascido logo nos primeiros dias, preferencialmente dentro das primeiras horas após o nascimento. Uma vez que menos de metade dos recém-nascidos são amamentados dentro de uma hora após o nascimento, muito mais precisa de ser feito para promover esta prática e reduzir a mortalidade neonatal no geral.

Para nos certificarmos de que as causas dos óbitos dos recém-nascidos possam ser abordadas, são necessários esforços de investimento nos meios de vida chave necessários para reduzir os óbitos. A comissão para os meios que salvam vidas já identificou os antibióticos, clorexidina, corticoides pré-natais, corticosteroides e dispositivos de ressuscitação como bens chave que devem ser obtidos mais regularmente.

2.4. Nutrição e Saúde infantil

A magnitude da subnutrição crônica no mundo (mais de 80 por cento) é gerada por vinte e quatro países, dos quais metade são de África¹⁰ (Tabela 1). Em África, as taxas de atrofia são particularmente elevadas, em 40 por cento, e devido a subnutrição, crônica cerca de 165 milhões de crianças estão atrofiadas/debilitadas e cerca de 51 milhões de crianças sofrem de desnutrição.

Para uma criança que cresça em África a ligação entre a pobre nutrição e doenças infecciosas sempre foi um círculo particularmente vicioso. Falta de nutrientes vitais, tais como as vitaminas A ou zinco, podem enfraquecer o sistema imunitário tornando as crianças mais vulneráveis às infecções. As crianças subnutridas correm um risco maior de perda de vida e de contrair doenças graves devido a pneumonia e a diarreia, do que os risco a que estão expostas as

¹⁰ UNICEF (2009) Tracking progress on child and maternal nutrition: A survival and development priority

crianças bem-nutridas. A subnutrição enfraquece todo o sistema imunitário, que precisa de proteínas adequadas, energia, vitaminas e minerais para funcionar devidamente. No caso da pneumonia, a subnutrição também enfraquece os músculos respiratórios necessários para limpar as secreções do tracto respiratório. Ao passo que no caso da diarreia, a subnutrição expõe as crianças a um maior risco de doenças mais graves, mais frequentes e mais prolongadas¹¹.

Intervenções simples, não caras, aplicadas durante a crítica janela de oportunidade; durante a gravidez e durante os primeiros dois anos de vida da criança podem prevenir a subnutrição, reduzir a mortalidade, apoiar o crescimento e promover a saúde infantil e o bem-estar¹². As intervenções tais como iniciar a amamentação tão cedo quanto possível, dar somente leite do peito, alimentação complementar e suplementos de micro nutrientes pode reduzir grandemente a nutrição e aumentar as possibilidades de sobrevivência da criança. Por exemplo, uma criança não amamentada está 14 vezes mais susceptível de morrer de todas as causas nos primeiros seis meses de vida de uma criança que tenha sido amamentada com leite do peito. A suplementação com Vitamin A reduz a mortalidade resultante de qualquer causa entre crianças de 6-59 meses. O melhoramento da nutrição da criança não só é exequível/viável, como também sustentável e tem custo e eficácia. As intervenções de nutrição situam-se entre os melhores investimentos no desenvolvimento, que os países Africanos podem suportar/realizar.

Enquanto as melhorias na nutrição são claramente necessárias, há cada vez mais fortes evidências sugerindo que uma outra forma efectiva e duradoira de ajudar a quebrar este o ciclo é através da imunização. Desde o ano 1987 que a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem advogando que os suplementos de vitamina A sejam dados com a vacina contra o sarampo, bem como catapultar os dias nacionais de imunização como uma plataforma para abranger as crianças subnutridas com micro nutrientes, como parte de um pacote de intervenções de saúde integrado e efectivo sob ponto de vista de custo e eficácia.

Com a projecção da população de África a atingir os 2 biliões até 2050, o desafio sem precedentes que o continente enfrentará de alimentar as crianças do continente constitui uma preocupação muito grande. À luz disso, o papel que as vacinas podem jogar no apoio a abordagem da questão da subnutrição é susceptível de se tornar ainda mais crítico. Há por isso mais oportunidade de se considerar a abordagem da nutrição e imunização como elementos críticos que colectivamente podem melhorar a saúde das populações, e integração das intervenções de saúde.

¹¹ UNICEF (2012) *Pneumonia and diarrhoea: Tackling the deadliest diseases for the world's poorest children*

¹² UNICEF (2012) *Committing to child survival; A promise renewed*

Tabela 1: O Encargo Global da Subnutrição Crônica¹³

Ranking	Country	Stunting prevalence (%)	Number of children who are stunted (thousands, 2008)	Percentage of developing world total (195.1 million)
1	India	48	60,788	31.2%
2	China	15	12,685	6.5%
3	Nigeria	41	10,158	5.2%
4	Pakistan	42	9,868	5.1%
5	Indonesia	37	7,688	3.9%
6	Bangladesh	43	7,219	3.7%
7	Ethiopia	51	6,768	3.5%
8	Democratic Republic of the Congo	46	5,382	2.8%
9	Philippines	34	3,617	1.9%
10	United Republic of Tanzania	44	3,359	1.7%
11	Afghanistan	59	2,910	1.5%
12	Egypt	29	2,730	1.4%
13	Viet Nam	36	2,619	1.3%
14	Uganda	38	2,355	1.2%
15	Sudan	40	2,305	1.2%
16	Kenya	35	2,269	1.2%
17	Yemen	58	2,154	1.1%
18	Myanmar	41	1,880	1.0%
19	Nepal	49	1,743	<1%
20	Mozambique	44	1,670	<1%
21	Madagascar	53	1,622	<1%
22	Mexico	16	1,594	<1%
23	Niger	47	1,473	<1%
24	South Africa	27	1,425	<1%

Devido ao longo período de latência antes que os efeitos da subnutrição crônica possam ser sentidos num país, a nutrição continua a ser uma baixa prioridade nas agendas nacionais de desenvolvimento de muitos países. Ao não se reconhecer a urgência de se lidar com a subnutrição, muitos países continuam a expor as crianças subnutridas a um elevado risco de contrair sérias infecções, e até mesmo morrer devido a doenças comuns da infância¹⁴. Por exemplo, mais de um terço dos óbitos abaixo dos cinco anos, ao nível global, é atribuível a subnutrição¹⁵. Mais importante ainda, as crianças subnutridas que sobrevivem poderão ficar presas num ciclo de doenças recorrentes e crescimento deficiente, com danos irreversíveis ao seu desenvolvimento e das suas habilidades cognitivas¹⁶.

¹³ UNICEF (2009) Tracking progress on child and maternal nutrition: A survival and development priority

¹⁴ Pelletier, David L., et al., 'Epidemiologic Evidence for a Potentiating Effect of Malnutrition on Child Mortality', *American Journal of Public Health*, vol. 83, no. 8, August 1993, pp. 1130–1133; and Habicht, Jean-Pierre, 'Malnutrition Kills Directly, Not Indirectly', *The Lancet*, vol. 371, no. 9626, 24–30 May 2008, pp. 1749–1750.

¹⁵ Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Under-nutrition: Global and regional exposures and health consequences', *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 19 January 2008, pp. 243–260. Note that earlier estimates of more than 50 per cent of deaths being caused by under-nutrition relate to the age group 6–59 months, whereas the latest estimate extends to all children under 5 years old.

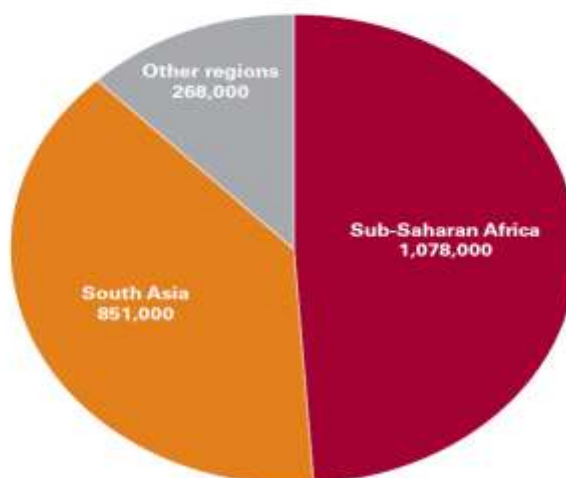
¹⁶ Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Under-nutrition: Global and regional exposures and health consequences', *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 19 January 2008, pp. 243–260.

2.5. A Imunização e a Saúde infantil

África registou grandes progressos na protecção das crianças contra as doenças da infância. A cobertura da imunização em África está no seu nível mais elevado de toda a história. Todavia, acima de 20% das crianças Africanas, aproximadamente 8.45 milhões, conforme os cálculo da cobertura DTP3 ainda não estão protegidas contra doenças que constituem risco de vida através das vacina¹⁷. Adicionalmente, somente 12 dos 54 países africanos financiam entre 50% do seu Programa de Expansão da Imunização¹⁸, um facto que sublinha o quanto mais poderá ser atingido com melhoria no investimento em imunização. Com o apoio dos parceiros, os países africanos estão a acelerar a disponibilização/introdução de novas vacinas contra os principais responsáveis pelos óbitos de crianças, tais como a pneumonia e a diarreia (Gráfico 4). Quase 90 por cento dos óbitos devido a pneumonia e a diarreia ocorrem nas regiões mais pobres do mundo, na África Subsaariana e no Sul da Ásia. Acima de 75% das óbitos abaixo dos cinco anos, à nível global, ocorre em quinze países dos quais dez situam-se na África Subsaariana (Gráfico 5).

Gráfico 5: Óbitos entre Crianças com idades abaixo dos 5 devido a Pneumonia e Diarreia por Região, 2010¹⁹

Deaths among children under age 5 due to pneumonia and diarrhoea, by region, 2010



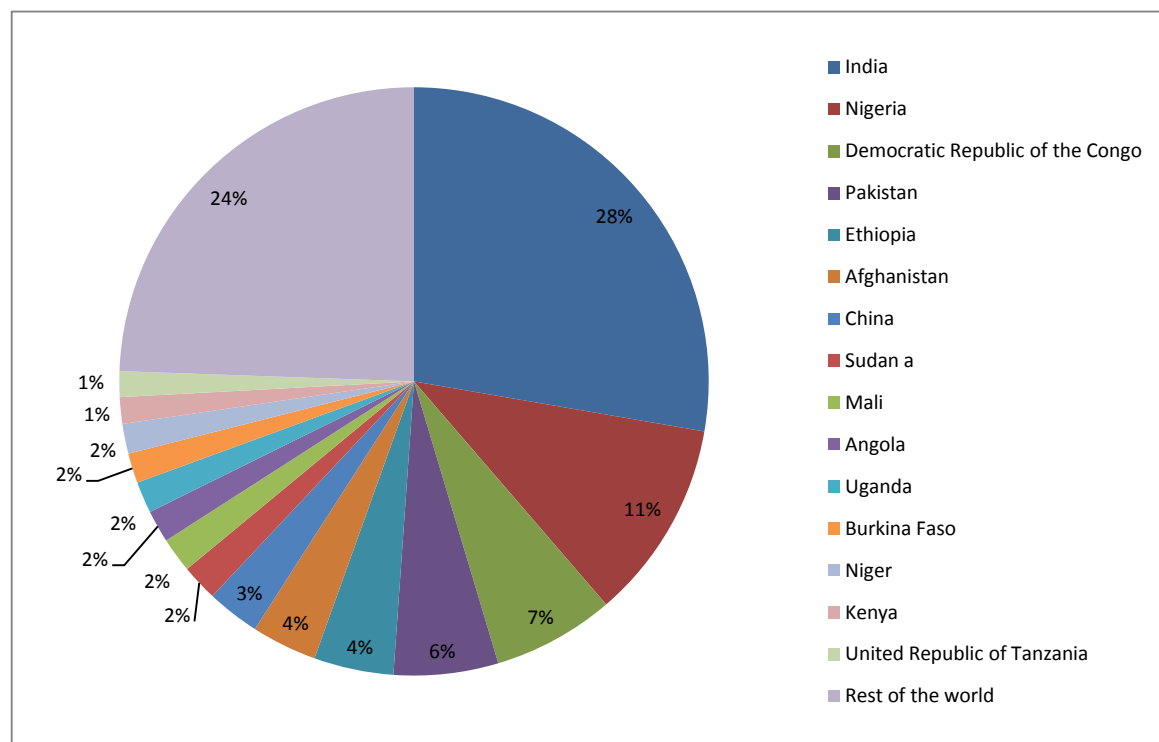
(

¹⁷ http://www.who.int/immunization_monitoring/data/SlidesGlobalImmunization.pdf

¹⁸ 2012 Africa Child Survival Scorecard by Africa Public Health. Info (now Afri-Dev.Info) and Africa Coalition on Maternal, Newborn and Child Health.

¹⁹ Liu et al, 2012, in UNICEF (2012) *Pneumonia and diarrhoea: Tackling the deadliest diseases for the world's poorest children*

Gráfico 6: Países com Maior Mortalidade abaixo dos 5 anos devido a Pneumonia e a Diarreia



a. As estimativas são referentes a “pre-cession” no Sudão.

Os esforços no sentido de fazer face as pneumonia infantil, o líder das causas dos óbitos em crianças com idades abaixo dos 5, causadora de 18% de todos os óbitos de crianças a nível mundial estão a ganhar espaço nos países em desenvolvimento. Quase todos os Estados Membros da UA introduziram esta vacina e a maioria dos países registaram taxas de cobertura da ordem dos 50% (Gráfico 6). A cobertura das VPC é baixa tendo apenas 23 Estados Membros introduzido a vacina até 2011 (Gráfico 7). No entanto, com o apoio dos parceiros, estão a ser empreendidos esforços no sentido de disponibilizar a vacina para os países com maior peso em termos de pneumonia. Até ao final do ano 2013, projecta-se que mais de 25 países Africanos venham a introduzir a vacina pneumocócica.

O rotavírus, a causa líder das diarreias graves/agudas na infância e responsável por uma estimativa de 40 por cento de todos internamentos hospitalares entre crianças na faixa etária abaixo dos 5 a nível mundial²⁰ continua a causar óbitos em África, onde a vacina contra o rotavírus ainda não está disponível ou acessível para a maioria. Um estudo recente constatou que o impacto, conforme a medição/cálculo dos óbitos evitados por cada 1.000 crianças vacinadas, a introdução da vacina rotavírus era cinco vezes superior para as crianças dos

²⁰ Pelletier, David L., et al., ‘Epidemiologic Evidence for a Potentiating Effect of Malnutrition on Child Mortality’, *American Journal of Public Health*, vol. 83, no. 8, August 1993, pp. 1130–1133; and Habicht, Jean-Pierre, ‘Malnutrition Kills Directly, Not Indirectly’, *The Lancet*, vol. 371, no. 9626, 24–30 May 2008, pp. 1749–1750.

agregados mais pobres, do que dos ricos. Estima-se que a cobertura equitativa da vacina rotavírus na Nigéria aumentaria os benefícios para a saúde em cerca de 400 por cento para as crianças mais pobres e duplicá-la a nível nacional²¹. Em África, somente oito Estados Membros da UA (o Malawi, o Ruanda, a África do Sul, o Sudão, a Tanzânia, a Etiópia e o Gana) disponibilizado/introduzido a vacina rotavírus. Até 2013, projecta-se que mais de 10 países já terão introduzido a vacina rotavírus.

A luta de África contra as doenças mortíferas que afectam as crianças e jovens adultos atingiu um marco histórico em Dezembro de 2012, quando 100 milhões de indivíduos foram vacinados contra a meningite A na “cintura da meningite,” de África, uma região de 26 países, desde a Gâmbia no ocidente a Eritreia. Esta forte vontade política, a implementação e o cometimento financeiro das lideranças africanas, ministros das finanças e da saúde, é crítico para assegurar progresso contínuo e sustentabilidade, uma vez que trabalha em parceria com as partes interessadas regionais e nacionais, tais como a sociedade civil e o sector privado.

Para além do seu impacto directo nas taxas de mortalidade em África, as vacinas contribuem significativamente para a saúde da população através da oportunidade de integrar as intervenções SMNI e SSR através do continuação dos cuidados para maximizar as sinergias e manter os benefícios para todas as populações vulneráveis. Taxas de cobertura maiores também significam que todos, mesmo os que não estão imunizados, possam beneficiar do milagre das vacinas, através do fenómeno da imunização em massa (*herd immunity*) - por exemplo, quanto mais crianças estiverem imunizadas numa dada população, mais baixa será a taxa de doenças para todos. Além disso, a imunização também contribui para a redução das doenças e as incapacidades nas crianças e adultos a longo prazo. Trabalhadores saudáveis são livres e os pais despendem menos tempo a ter de cuidar de crianças doentes. Isto traz valor acrescentado ao reduzir o fardo das doenças nas famílias, aos sistemas de saúde e sociedades.

O investimento dos líderes Africanos em providenciar igual acesso a imunização, representa uma forma comprovada de acelerar o progresso em direcção às três componentes relacionadas a saúde, objectivos 4, 5 e 6 das MDM. A imunização salva vidas e previne doenças, evitando, por vezes despesas catastróficas com a saúde tanto para os indivíduos como para as sociedades, aumentando a produtividade. Ainda assim, milhões de crianças não estão a receber as vacinas que mudam as vidas, recomendadas pela OMS, como parte do programa rotineiro de imunização. O número de crianças que recebe as três doses da vacina contra a difteria, tétano e pertussis (DTP3) é a medida tradicional da robustez de um programa de uma imunização rotineira.

A OMS recomenda que as crianças recebam 11 antígenos como parte dos programas de imunização de rotina. Estes programas incluem vacinas contra a diarreia e a pneumonia, as duas maiores causadores de óbitos em crianças na faixa etária abaixo dos 5. Há um imperativo moral de se redefinirem as ambições de África para que as medidas do sucesso sejam que todas as crianças Africanas estejam completamente imunizadas. Uma criança Africana completamente imunizada tem mais probabilidades de viver até ao máximo do seu potencial tanto intelectual como fisicamente. A oportunidade oferecida por uma criança completamente

²¹ Ibid

imunizada' continuaria também a trazer à atenção às oportunidades de revitalizar e reforçar as intervenções integradas, tais como a suplementação com a Vitamina A, distribuição de rede mosquiteira para cama, e informação sobre o planeamento familiar; para avançar compromissos para melhoria da saúde da criança e materna mais amplamente, tais como a Declaração de Kampala de 2010, o PAM de 2006, e a CARMMA.

Evidências esmagadoras demonstram que os benefícios da imunização são das mais bem-sucedidas intervenções de saúde pública conhecidas sob o ponto de vista de custo e eficácia. Nas últimas décadas, a imunização atingiu muitas realizações, incluindo a erradicação da varíola, reduziu a incidência global da pólio em 99 por cento e reduziu dramaticamente as doenças, incapacidade e óbitos causadas por doenças como a difteria, o tétano, tosse convulsa, pneumonia, meningite A, diarreia e sarampo. No entanto, ainda existem desigualdades no processo de imunização, tanto entre e dentro dos próprios países. Os rendimentos do agregado, a localização geográfica factores associados ao género, tais como o nível de instrução da mãe, todos têm impacto sobre se uma criança Africana é ou não imunizada. Em muitos contextos africanos também há desafios adicionais em se alcançarem os grupos populacionais discretos que podem incluir: imigrantes registados ou não; populações deslocadas ou que se movimentam constantemente; certos grupos tribais ou étnicos; e pessoas de algumas comunidades religiosas.

Ao capacitar as pessoas a permanecerem saudáveis como parte do pacote das intervenções de saúde vantajosas sob ponto de vista de custo e eficácia, as vacinas removem uma grande barreira para o desenvolvimento de África. Incontestavelmente, a imunização das crianças é uma das maiores aquisições que África faz. Ao investir na imunização, os países Africanos podem colectivamente, fazer contribuições duradoiras para as MDM e avançar a saúde e o compromisso com o desenvolvimento dos líderes africanos e governos para as suas crianças e povo, para que usufruam de vidas produtivas, prósperas e saudáveis.

Gráfico 7: Cobertura da Vacina Hib em África

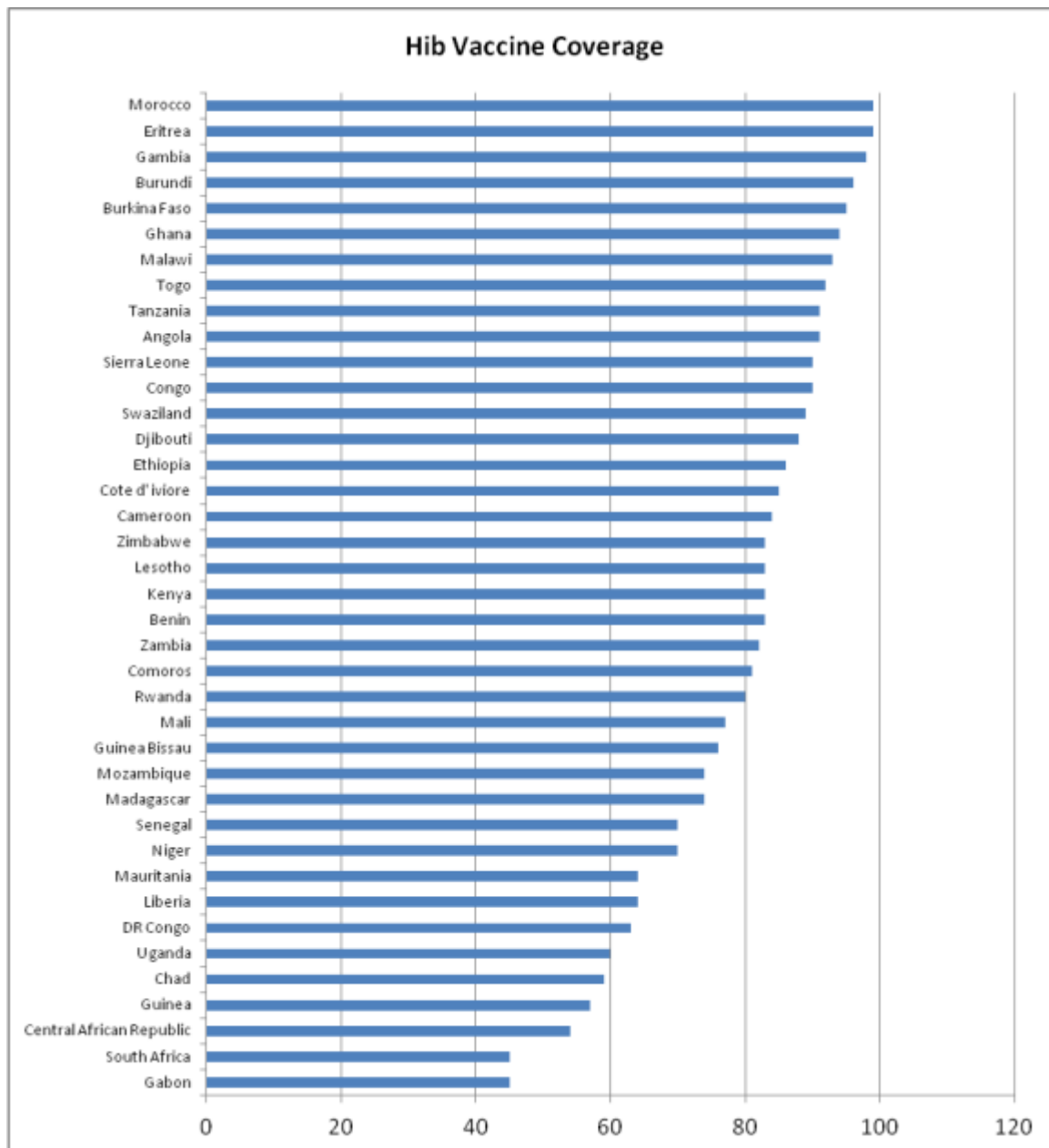
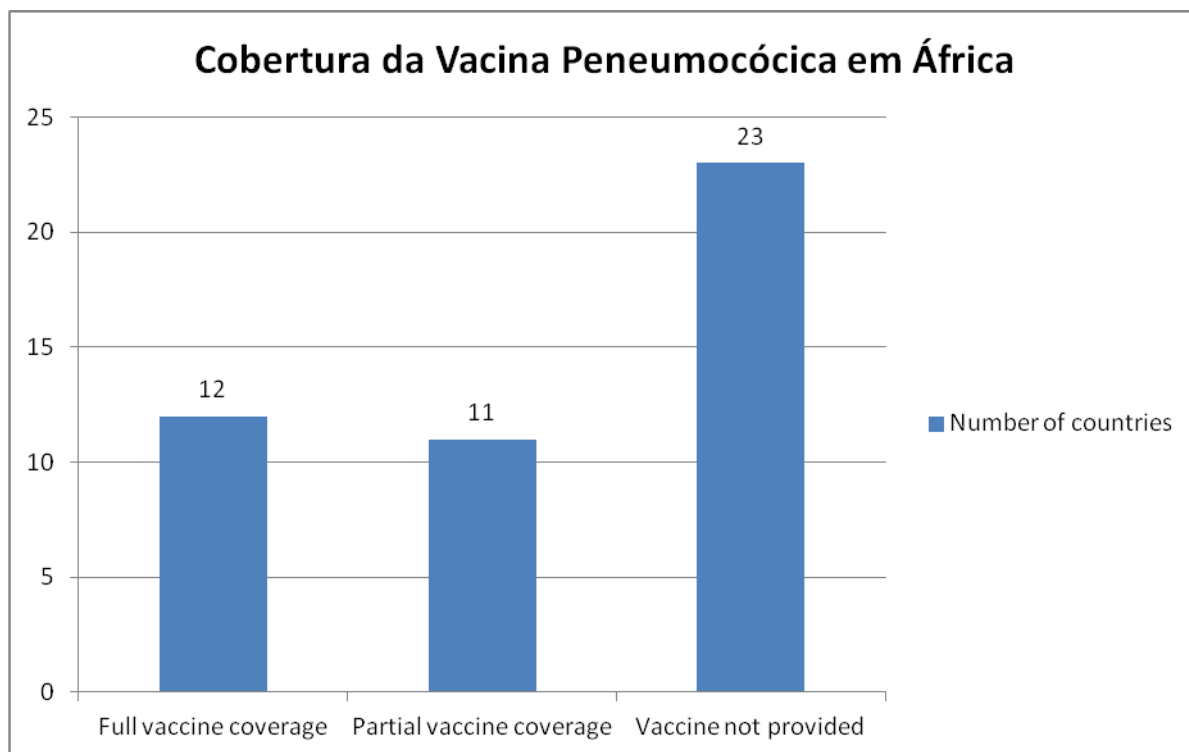


Gráfico 8: Cobertura da Vacina Pneumocócica Conjugada em Países Africanos



3 SAÚDE MATERNA

A saúde materna em África mereceu grande atenção da União Africana, outras organizações intergovernamentais, governos nacionais, e organizações internacionais de saúde. Os países Africanos têm vindo a exigir esforços no sentido de assegurar a drástica redução nos dados da mortalidade em linha com as MDM relacionadas a saúde até 2015. Um número crescente de mulheres agora procura cuidados durante o parto nas unidades de saúde, e portanto, é importante garantir que a qualidade dos cuidados oferecidos é óptima.

Faltando apenas três anos até ao ano 2015, o mundo não está nem sequer a meio caminho de atingir o objectivo 5 das MDM, o objectivo de reduzir o rácio da mortalidade materna (RMM) para três quartos²². Ao nível global, acima de 10% das mulheres não tem acesso a ou não está a usar um método de contracepção efectivo. Estima-se que só a satisfação das necessidades não atendidas, por si só para o Planeamento Familiar poderia reduzir o número de óbitos para quase um terço²³. Na Cimeira sobre o Planeamento Familiar de Londres, em Julho de 2012, \$2.6 biliões foram prometidos para sustentar os actuais serviços de Planeamento Familiar serviços para 260 milhões de raparigas e mulheres em todo o mundo, e para abarcar mais 120 milhões de mulheres até ao ano 2020.

A Comissão das NU para os Meios que salvam vidas para as Mulheres e Crianças lançada em 2012, enfatiza as desigualdades no acesso de medicamentos que salvam vidas e suprimentos de saúde, de que afectam as mulheres e crianças em todo o mundo, e chama a comunidade global para que trabalhe em conjunto para salvar 16 milhões de vidas até 2015.²⁴-. As evidências indicam que uma estimativa de 1.4 dólares norte-americanos são poupados em cuidados maternos e neonatais por cada dólar investido no PF e outros 4 dólares norte-americanos são poupados no tratamento de complicações resultantes de gravidezes não planeadas²⁵.

O acesso limitado a informação e serviços de saúde sexual e reprodutiva deixa muitas mulheres africanas e raparigas de todas as idades, nacionalidades e circunstâncias sociais, sem poder para evitar gravidezes indesejadas, não têm condições de levar até ao fim. Os abortos inseguros são muitas vezes o seu último, e desesperado, recurso. As estimativas indicam que 6.2 milhões de abortos inseguros foram realizados em África em 2008, contribuindo para 29% do total global²⁶. O aborto inseguro impõe custos significativos às famílias e sobre os sistemas nacionais de saúde, que já se debatem com a escassez de recursos. Evitar gravidezes indesejadas e complicações resultantes de abortos inseguros – através da melhoria do acesso a contracepção

²² UNAIDS. Global Report: *UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010*. Geneva: UNAIDS; 2010. Report No.: UNAIDS/10.11E | JC1958E. Geneva: UNAIDS/WHO.

²³ Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, et al. Contraception and Health. *Lancet* 2012; 380: 149-56

²⁴ Global Strategy for Women's and Children's Health. Available at: http://www.everywomaneverychild.org/images/content/files/global_strategy/full/20100914_gswch_en.pdf. Accessed 11 June 2012.

²⁵ Singh S et al. Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and maternal and Newborn Health, New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund (UNFPA), 2009.

²⁶ Shah I, Ahman E. Unsafe abortion; global and regional incidence, trends, consequences and challenges. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*, 2009, 1149-1158

e aborto seguro – sim tem o potencial de salvar vidas, bem como poupar uma significativa quantidade de recursos.

3.1. Mortalidade materna

3.1.1. Níveis e Tendências na Mortalidade materna

Todos os dias, em 2010, cerca de 800 mulheres morreram devido a complicações da gravidez e parto, incluindo hemorragia maciça pós-parto, infecções, distúrbios hipertensivos, e abortos inseguro. Do total das 800, cerca de 440 óbitos ocorreram em África (excluindo a África do Norte) e 230 no Sul da Ásia, comparado com cinco em países de elevado rendimento. Os riscos de uma mulher, num país em vias de desenvolvimento, morrer de causas relacionadas com complicações na gravidez durante a sua vida é cerca de 25 vezes, mais elevado comparado com uma mulher que vive num país desenvolvido. A mortalidade materna é um indicador de saúde que evidencia grandes fossos entre os ricos e os pobres, tanto entre os países como entre eles²⁷.

A maior parte dos países em África (acima de 60%) teve elevados rácios de mortalidade materna de 300 óbitos por 100.000 nascimentos vivos, enquanto que dois países africanos, nomeadamente o Chade e a Somália apresentam RMM extremamente elevados, sendo superiores a 1.000 óbitos maternos por 100.000 nados vivos. Os países africanos com o maior fardo de óbitos maternos são a Nigéria (40.000), a República Democrática do Congo (15.000), o Sudão²⁸ (10.000), a Etiópia (9.000) e a República Unida da Tanzânia (8.500), cada um dos quais contribui com entre 3% a 14% do total global.

Apesar destes dados, alguns países Africanos como a Tunísia (56), o Egipto (66), as Maurícias (60), São Tomé e Príncipe (70) e o Cabo Verde (79), Argélia (81) tiveram baixos RMM (definidas como 20–99 óbitos maternos por 100.000 nados vivos). Os outros países como o Botswana (160), o Djibuti (200), a Namíbia (200), o Gabão (230), a Eritreia (240), o Madagáscar (240) e a Guiné Equatorial tiveram um RMM moderado (definido como 100–299 óbitos maternos por 100.000 nados vivos)²⁹ (Gráfico 9).

Cinco países em África – o Botswana, o Lesoto, a Namíbia, a África do Sul e a Suazilândia, apresentaram um incremento nos óbitos maternos de 2000 a 2005 por conta do HIV. Contudo as suas taxas de mortalidade materna estão presentemente a decrescer a medida que o tratamento antiretroviral (TARV) se torna cada vez mais acessível.

Dentre as histórias de sucesso mais proeminentes para África, consta a da Guiné Equatorial que atingiu o objectivo 5 das MDM, sendo um dos 10 países do mundo inteiro que o fez durante o período. A sua taxa de óbitos maternos reduziu em 81 por cento, de 1200 óbitos para 240 óbitos por 100.000 nados vivos. Os outros países Africanos que dão indicações animadoras de poderem atingir o objectivo 5 da MDM são: o Egipto, São Tomé e Príncipe, Madagáscar e a

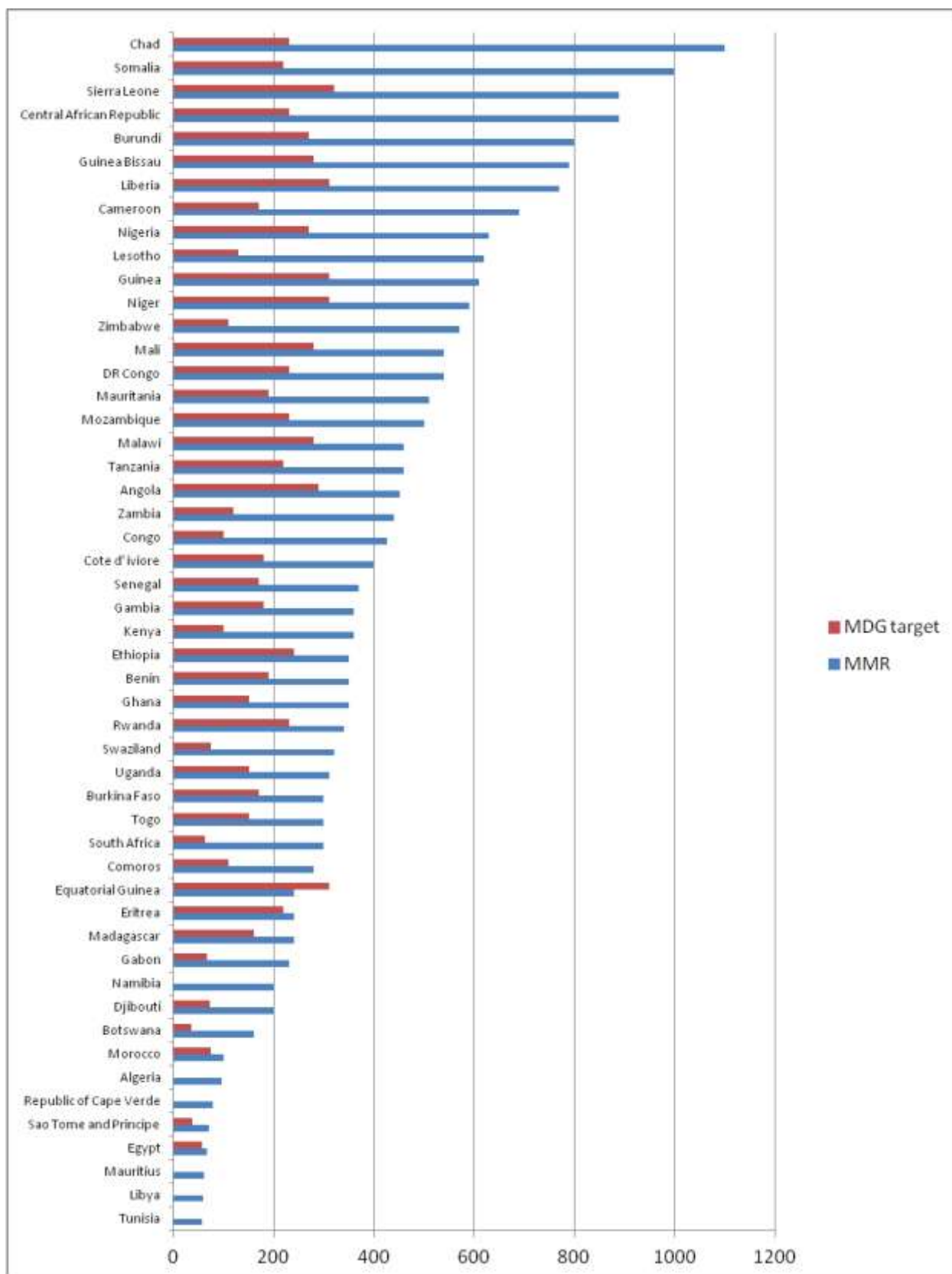
²⁷ Global Health Observatory; http://www.who.int/gho/maternal_health/en/index.html

²⁸ Os dados sobre o Sudão reflectem estimativas de RMM antes de Julho de 2011. Estima-se que a República do Sul do Sudão tenha um dos maiores RMM do Mundo.

²⁹ Trends in maternal mortality: 1990 to 2010, WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates (2012)

Eritreia (Gráfico 9). Embora progressos assinaláveis tenham sido atingidos em quase todas as regiões, muitos países Africanos sentir-se-ão particularmente encorajados por este relatório, nos seus esforços de atingirem os objectivos das MDM de reduzir óbitos maternos em 75 por cento até 2015.

Gráfico 9: Comparação da RMM e objectivo 5 das MDM nos Países Africanos

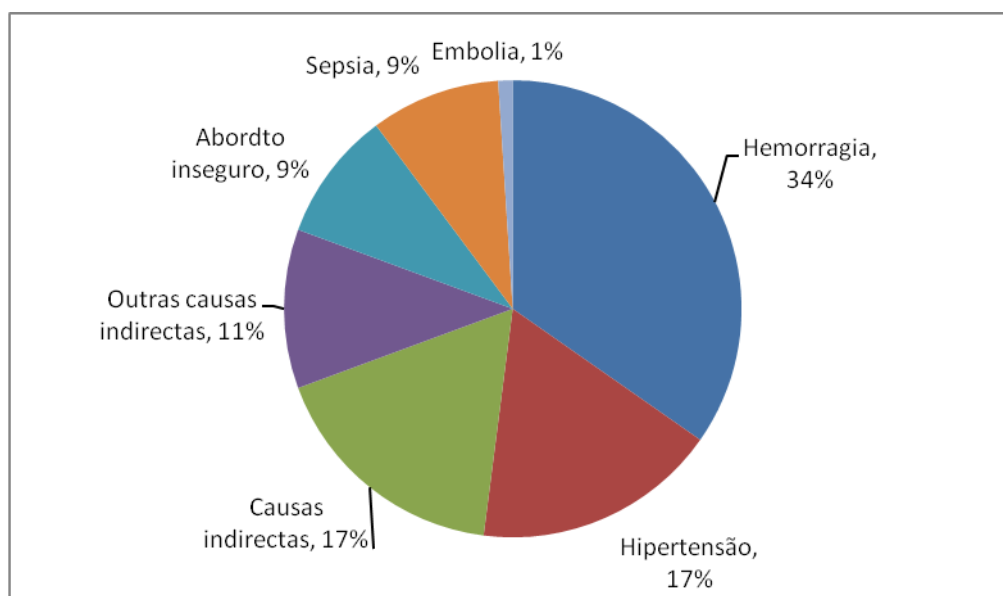


3.1.2. Causas de Factores Subjacentes as Óbitos maternos

Os óbitos maternos são causados por um conjunto de complicações durante a gravidez, parto ou o período pós-parto. A maioria destas complicações desenvolve-se devido a gravidez em si, e algumas ocorrem onde a própria gravidez tenha agravado uma doença já existente. As principais causas dos óbitos são: hemorragia maciça (principalmente as hemorragias pós-parto), infecções (igualmente muitas vezes após o parto), distúrbios hipertensivos na gravidez (eclampsia) e parto obstruído. As complicações após um aborto inseguro causam cerca de 13 por cento dos óbitos maternos. À nível global, cerca de 80 por cento dos óbitos maternos são devidos a essas causas directas³⁰.

Dentre as causas indirectas dos óbitos maternos (20 por cento) são doenças que complicam ou que são agravadas pela gravidez, tais como a malária, a anemia e o HIV. As mulheres também morrem devido a débil saúde no momento da concepção, e falta de cuidados adequados necessários para o fim saudável da gravidez, para elas próprias e para os seus bebés.

Figure 10. As Maiores Causas dos Óbitos maternos em África³¹



A ausência de pessoal de saúde devidamente qualificado durante o parto é um factor chave subjacente a elevada mortalidade materna. Em 10 países com a mortalidade mais elevada, somente 21% a 59% dos nascimentos tiveram o acompanhamento/presença de um profissional de saúde devidamente qualificado para o efeito, comparado com 63% a 100% nos

³⁰ Maternal mortality Fact sheet N°348 May 2012

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>

³¹ Countdown 2015 Maternal, Newborn and Child Survival Building a Future for Women and Children: The 2012 Report

10 países com mortalidade materna mais baixa³². Há incapacidades relacionadas com o nascimento que afectam muito mais mulheres e continuam por tratar, tais como lesões aos músculos pélvicos, órgãos ou lesões da espinal medula. Pelo menos 20% do número das doenças em crianças abaixo dos 5 está relacionada a fraca saúde materna e nutrição, bem como a qualidade dos cuidados no momento do parto e durante o período neonatal. E anualmente 8 milhões de bebés morrem antes ou durante o parto, ou na primeira semana de vida.

Embora seja necessária a presença de pessoal de saúde devidamente qualificado durante o parto, para reduzir os óbitos maternos, outros elementos (cuidados pós-natal) são necessários para a continuidade dos cuidados ao longo da gravidez e mesmo após a gravidez. A cobertura de cuidados pré-natais (CPN) para a primeira visita situa-se perto dos 80% para a maioria dos países em África. Contudo, essa percentagem cai para menos de 50% para as 4 visitas CPN. Esta queda é igualmente verificada na cobertura de cuidados pós-natal que é muito menor.

Em todo o continente Africano, o aborto inseguro leva a vida de pelo menos 29.000 mulheres e raparigas africanas em cada ano – a maioria das quais no desabrochar/apogeu das suas vidas. Outras centenas de milhares sofrem de lesões, muitas vezes que modificam as suas vidas, incluindo a infertilidade. Adicionalmente, África carrega, a nível mundial, o peso dos óbitos maternos decorrentes do aborto inseguro, contando 62% do total global. A África do Sul, por exemplo conseguiu reduzir de forma significativa a sua morbilidade materna devido a legislação liberal sobre o aborto, e as relativamente elevadas taxas de pessoal de saúde devidamente qualificado que assiste aos partos.

Os factores subjacentes que evitam que as mulheres acedam aos serviços e eventualmente as expõe a óbitos e são descritas no (Modelo dos Três Atrasos - *“Three Delays Model”*, a) atraso em decidir procurar cuidados, b) atraso em aceder aos cuidados, e c) atraso em receber os cuidados de saúde adequados³³

A situação da mulher na comunidade e na família são factores determinantes da sua habilidade/capacidade de decidir e atempadamente aceder a serviços e em abordar os três atrasos. Dentre outras intervenções, a educação das jovens raparigas é indiscutivelmente a melhor aposta como solução duradoira não só para fazer face a questão da saúde materna como também para assegurar a saúde infantil e o bem-estar familiar. As raparigas instruídas conduzem a mudança demográfica. Uma rapariga com instrução casa-se mais tarde, tem menos filhos, ou com intervalos mais equilibrados, procura por cuidados médicos mais cedo para ela e para as crianças, aumenta as probabilidades de sobrevivência da sua criança, melhora a aprendizagem e a educação dos seus filhos e reduz as taxas de fertilidade no geral³⁴.

3.2. Morbilidade Materna

Por cada óbito materno, há aproximadamente 20 outras mulheres que sofrem de incapacidade relacionadas com a gravidez. Isso é equivalente a uma estimativa de 10 milhões de mulheres a

³² 2012 Africa Women and Children's Scorecard Focusing on Maternal and Reproductive Health, by Africa Public Health. Info (now Afri-Dev.Info) and Africa Coalition on Maternal, Newborn and Child Health.

³³ <http://www.maternityworldwide.org/what-we-do/three-delays-model/>

³⁴ Human Development Report, UNDP, 2003

cada ano, que sobrevivem a gravidez, mas que ainda assim passam por algum tipo de consequência negativa grave na sua saúde³⁵. A fístula obstétrica é uma das doenças mais conhecidas, incapacitando dezenas de milhares de mulheres em África a cada ano³⁶. A sobrevivência após hemorragia obstétrica sob um quadro de subnutrição crónica e malária também deixa um número incontável de mulheres cronicamente debilitada, e a sobrevivência após um aborto séptico ou sepsias puerperal poderá vir ao preço de uma dor pélvica crónica e infertilidade³⁷.

A Morbidade Materna Severa e Aguda (MMSA), também conhecida por ‘*near-miss*’, despertou o interesse nos últimos anos devido ao seu valor potencial como uma medida suplementar para se aferirem os óbitos maternos. Os casos de MMSA servem como marcos sobre doenças graves e podem ser usados como catalisadores de auditorias para que se iniciem discussões, educação e melhorias das instalações. As instalações/infraestruturas de saúde poderão medir/aferir o seu peso de doenças maternas a partir dos números ou taxas de MMSA. Melhor ainda, elas podem rastrear a sua eficácia na prevenção de óbitos maternos através do cálculo do ‘índice de mortalidade’ – óbitos maternos divididos pela soma dos casos de MMSA. Quanto mais baixo o índice de mortalidade, mais eficiente é a instalações/infra-estruturas na prevenção de óbitos maternos.

Actualmente não existe nenhum sistema de monitoramento nacional ou provincial, para MMSA na África Subsaariana e o fardo da mortalidade materna e morbilidade continua inaceitavelmente elevado. No entanto, a notificação ou *report* sobre MMSA tornar-se-á mais frequente, e fornecerá informação útil aos clínicos e aos gestores das unidades de saúde.

3.3. Planeamento Familiar

O PF junto com a obstetrícia de emergência, cuidados com recém-nascidos, e saúde reprodutiva do adolescente constituem um dos três pilares da saúde materna e neonatal. O PF melhora a saúde materna, reduz as gravidezes indesejadas e os abortos, evita a disseminação do HIV/SIDA, e promove o desenvolvimento responsável e a sustentabilidade ambiental. Para além disso, um estudo recente concluiu que o uso de métodos de contracepção modernos aumenta a realização educacional das mulheres, participação como força de trabalho e a estabilidade económica³⁸.

Em todo o mundo, 222 milhões de mulheres têm necessidades de acesso a métodos de contracepção modernos que não são atendidas³⁹. Em 39 países Africanos a prevalência de contraceptivos entre as mulheres casadas ou que vivem em união de facto, que referem o uso

³⁵ United Nations Children’s Fund (2008) State of the World’s Children 2009: Maternal and Newborn Health

³⁶ Wall LL. Obstetric vesicovaginal fistula as an international public health problem. *Lancet*. 2006;368(9542):1201-1209.

³⁷ Van Look PF, Cottingham JC. Unsafe abortion: an avoidable tragedy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2002; 16(2):205-210.

³⁸ Adam Sonfield, Kinsey Hasstedt, Megan L. Kavanaugh and Ragnar Anderson The Social and Economic Benefits of Women’s Ability To Determine Whether and When to Have Children March 2013 <http://www.guttmacher.org/pubs/social-economic-benefits.pdf>

³⁹ Singh S and Darroch JE, Adding It Up: Costs and benefits of Contrcapetive Services_Estimates for 2012, New York: Guttmacher Institute and United nations Population Fund(UNFPA, 2012

de pelo menos uma forma de contraceptivo – é inferior 50%.⁴⁰ Satisfazer as necessidades das mulheres em termos de PF poderia evitar 53 milhões de gravidezes indesejadas em cada ano, o que resultaria em menos 14.5 milhões de abortos e menos 250.000 mulheres a morrerem em resultado de gravidezes ou parto anualmente⁴¹.

*Aumentar o uso de contraceptivos nos países em desenvolvimento reduziu o número de óbitos maternos em 40% nos últimos 20 anos, meramente através da redução das gravidezes indesejadas. Ao evitar-se as gravidezes de alto risco, especialmente em mulheres com muitas gravidezes repetidas e sem espaçamento/intervalos, e aquelas que poderiam ter terminado em abortos inseguros, o aumento do uso de contraceptivos reduziu o rácio da mortalidade materna em cerca de 26% em menos de uma década. Os adicionais 30% dos óbitos maternos poderiam ser prevenidos através do atendimento das necessidades das mulheres em termos de Planeamento Familiar.*⁴²

3.3.1. Níveis e tendências na fertilidade

*A fertilidade em África (excluindo a África do Norte) situou-se em 5.1 nascimentos por mulher entre 2005–10, mais do que o dobro do nível de substituição. Esta elevada fertilidade combinada com o declínio da mortalidade resultou num rápido crescimento populacional—2.5 por cento por ano — e as NU projectam que a população de África (excluindo a África do Norte) observará um crescimento de 0.86 biliões em 2010 para 1.96 biliões em 2050, e 3.36 biliões em 2100. Este crescimento/expansão dos números da população, sem precedentes, gera um conjunto de desafios sociais, económicos, e ambientais e torna mais difícil que o continente suba o padrão do nível de vida. Daí o interesse cada vez mais crescente dos desafios demográficos em África entre os fazedores de políticas. De acordo com uma teoria demográfica convencional, a elevada fertilidade nos estágios iniciais das transições demográficas é consequência do desejo de uma família numerosa/grande. Os casais querem mais filhos para apoiar nos empreendimentos familiares tais como na agricultura e para segurança na velhice. Adicionalmente, a elevada taxa de mortalidade infantil leva os pais a terem mais filhos para se protegerem contra a perda ou para substituir perdas. O declínio da fertilidade ocorre uma vez que os níveis de urbanização e educação se elevam, quando ocorrem mudanças na economia, e o declínio da mortalidade conduz os pais a desejarem um menor número de nascimentos*⁴³.

Gráfico 11. Total da Taxa de Fertilidade, Países Africanos⁴⁴

⁴⁰ 2012 Africa Women and Children's Scorecard Focusing on Maternal and Reproductive Health, by Africa Public Health. Info (now Afri-Dev.Info) and Africa Coalition on Maternal, Newborn and Child Health

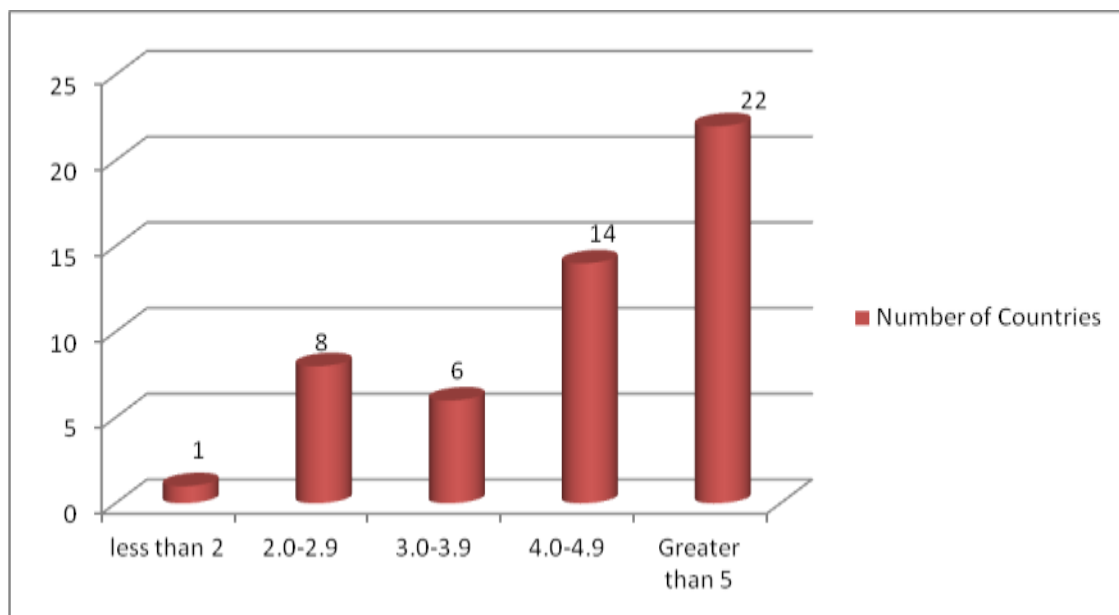
⁴¹ Population Action International - <http://populationaction.org/topics/family-planning/>

⁴² Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, et al. Contraception and Health. Lancet 2012; 380: 149-56

⁴³ Fertility Transition: Is sub-Saharan Africa Different? John Bongaarts, John Casterline

http://www.popcouncil.org/pdfs/PDRSupplements/Vol38_PopPublicPolicy/Bongaarts_pp153-168.pdf

⁴⁴ http://www.worldbank.org/.../FertilityFamilyPlanning_all.xlsx



Conforme ilustrado no gráfico 11, mais de 36 (70%) dos países Africanos apresentam actualmente um total de taxa de fertilidade de mais de quatro. Enquanto um número de países do norte de África estão a aproximar-se do nível 2 de substituição da fertilidade, Maurícias é o único país que atingiu tal nível até à data.

Um estudo baseado em dados IDS de 40 países, mostra que em média, os níveis de fecundidade eram mais baixos entre países com melhores cenários sociais ou programas de PF sólidos, do que entre os que têm cenários mais pobres ou programas mais fracos; eles estavam entre os mais baixos na presença tanto de bons cenários sociais assim como na presença de bons programas. Adicionalmente, a fecundidade estava positivamente associada com a mortalidade infantil e negativamente associada com a educação feminina, mas não associada com a pobreza. Cerca de metade dos 2.3- diferença na fecundidade entre os países em África (excluindo a África do Norte) e essas diferenças podem ser atribuídos a diferenças nos esforços dos programas e contextos sociais⁴⁵.

O declínio da fecundidade leva a uma explosão dos rendimentos *per capita*, causado pelo decréscimo das taxas de dependência da juventude, também a muda a posição social e económica das mulheres, reduzindo as desigualdades do género, e permitindo que as mulheres tenham mais oportunidades de entrar no mercado de emprego formal do que antes do declínio da fertilidade. Para além destes benefícios económicos imediatos, o declínio da fertilidade terá efeitos a longo prazo sobre o crescimento económico, quando a próxima geração de crianças mais saudáveis e mais instruídas entrarem na força de trabalho⁴⁶.

⁴⁵ Anrudh K. Jain and John A. Ross Fertility Differences Among Developing Countries: Are They Still Related to Family Planning Program Efforts and Social Settings?

⁴⁶ David Canning, T Paul Schultz The economic consequences of reproductive health and family planning
Published Online July 10, 2012 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60827-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60827-7)

3.3.2. Taxa de Prevalência de Contraceptivos

Na África Subsaariana, somente 17 por cento das mulheres casadas usam contraceptivos, comparadas com 50 por cento na África do Norte e no Médio Oriente, 39 por cento no Sul da Ásia, 68 por cento na América Latina e nas Caraíbas, e 76 por cento na Ásia Oriental e no Pacífico. As taxas de prevalência de contraceptivos acima de 80% dos países Africanos situam-se abaixo dos 50% (gráfico 9). Apenas em alguns países da África Subsaariana, tais como a África do Sul, o Zimbábwe, o Botswana, e o Quênia, existem programas de planeamento familiar suficientemente bem sucedidos para aumentar o uso de contraceptivos para níveis mais elevados.

Tabela 2. Progresso em Número de Mulheres que usam métodos Contraceptivos Modernos na Região de África, 2008-2012⁴⁷

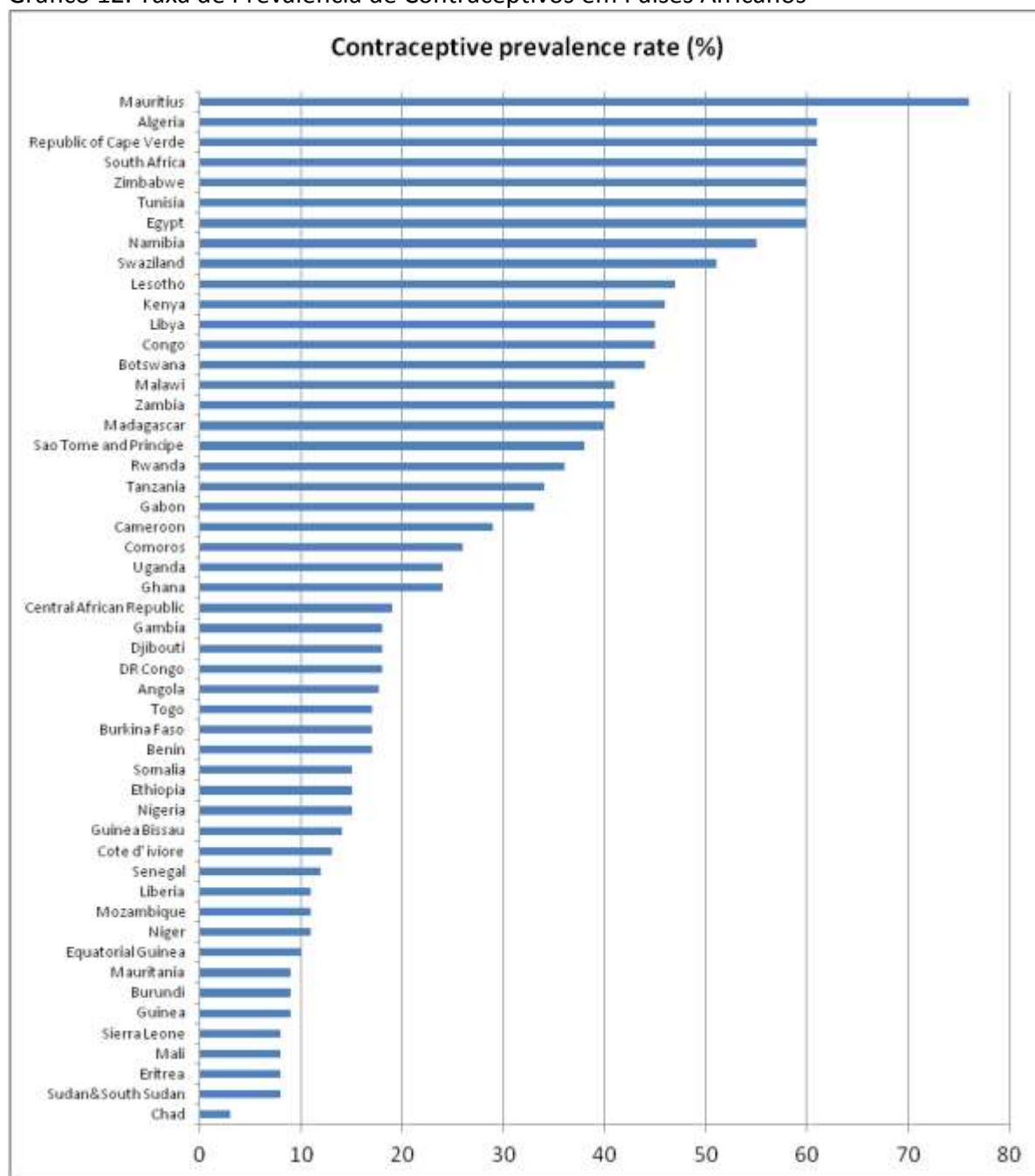
Região e sub região	Entre mulheres com idades entre 15-49, número de utilizadoras de métodos modernos, (milhões)			Entre mulheres casadas com idades entre 15-49, número de utilizadoras de métodos modernos, (milhões)		
	2008	2012	% Anual de Mudança	2008	2012	% Anual de Mudança
África	46	51	2.7	23	24	0.2
(excluindo a África do Norte)	31	36	4.2	17	17	0.7
• África Oriental	12	17	11.7	20	27	8.6
• África Central	2	2	1.9	7	7	0.7
• África Austral	7	9	5.8	54	58	1.9
• África Ocidental	6	7	2.8	9	9	-0.3
Norte de África	19	16	-3.9	55	45	-4.8
69 Países mais pobres	229	252	2.6	39	40	0.7
Mundo Desenvolvido	603	645	1.7	56	57	0.4

Entre o ano 2008 e o 2012, o número de utilizadoras de métodos modernos aumentou para 42 milhões no mundo em desenvolvimento como um todo, uma média anual de crescimento de sensivelmente 10 milhões de utilizadoras 27,28 Em comparação, entre o ano 2003 e o ano

⁴⁷ Singh S and Darroch JE, Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services_ Estimates for 2012, New York: Guttmacher Institute and United Nations population Fund (UNFPA), 2012, <http://www.guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf>.

2008, o número de utilizadoras de métodos modernos subiu para quase 100 milhões em países em desenvolvimento, dos 504 milhões para 603 milhões, um incremento anual de 20 milhões de utilizadoras. O incremento entre o ano 2008 e o ano 2012 deveu-se, parcialmente, ao crescimento populacional (52%), e parcialmente ao pequeno incremento na taxa de prevalência de contraceptivos (48%). Por exemplo, a proporção de mulheres presentemente casadas no países em desenvolvimento que usam métodos de contracepção modernos métodos mudou de forma quase insignificante do ano 2008 (56%) para o ano 2012 (57%).

Gráfico 12. Taxa de Prevalência de Contraceptivos em Países Africanos



O aumento mais acentuado das taxas de prevalência de métodos modernos entre as mulheres casadas foi observado na África Oriental (dos 20% em 2008 para 27% em 2012) e no Sudoeste Asiático (de 50% para 56%). Notavelmente, não houve incremento na África Ocidental e na África Central, áreas onde o uso de contraceptivos modernos continua a ser muito baixo. Nestas sub-regiões, os sistemas de saúde são especialmente fracos, as taxas de mortalidade muito elevadas, e é particularmente elevada a necessidade de cuidados abrangentes (relevantes para todos os países) que incluam contraceptivos, serviços de saúde materno infantil e da criança.

Um estudo de caso nos países da África Oriental e Austral sugere progressos promissores em relação ao uso de contraceptivos de muitos países incluindo o Botswana, a Etiópia, o Gana, o Quênia, o Lesoto, o Malawi, a Namíbia, o Ruanda, a África do Sul, a Suazilândia, e o Zimbábwe. Dentre os nove condutores para a mudança que o relatório identifica estão a vontade política, a sustentabilidade dos financiamentos, o reforço do sistema de saúde e segurança dos meios/comodidades⁴⁸. Embora haja muito trabalho para fazer para aumentar o acesso a e a utilização dos serviços de contraceptivos nesses países, os países com taxas de prevalência de contraceptivos muito baixas, tal como o Sudão (9%), a Somália (15%) e o Djibuti (18%) enfrentam um grande desafio para aumentarem as suas respectivas taxas de prevalência de contraceptivos.

Os Governos africanos agora também estão preocupados mais especificamente com as implicações das taxas de crescimento populacional muito altas: de facto, três quartos dos Africanos agora vivem em 24 países com governos que as taxas de crescimento populacional muito elevadas. Na maior parte dos países Africanos, acima de metade da população situa-se na faixa etária abaixo dos 15 anos, o que significa que há grande oportunidade demográfica em todo o continente.

3.3.3. Necessidade Não atendidas em termos de Contraceptivos

As necessidades não atendidas em termos de PF referem-se a uma condição de vontade de evitar ou adiar a gravidez mas não usando nenhum método de contracepção. O número de mulheres em países em desenvolvimento que desejam evitar a gravidez mas que não estão a usar métodos modernos de contracepção apenas decresceu de forma ligeira entre o ano 2008 e o ano 2012, de 226 para 222 milhões. Não obstante, em 69 dos países mais pobres, onde 73% de todas as mulheres com as necessidades não atendidas em termos de métodos contraceptivos modernos reside, o número na verdade aumentou, de 153 para 162 milhões de mulheres⁴⁹.

Todos os países Africanos têm necessidades não atendidas em termos de PF; enquanto os países têm no geral uma maior necessidade de espaçamento dos nascimentos, a maioria dos países têm pelo menos 5 por cento de mulheres que não desejam ter mais filhos. Com base nas suas necessidades não atendidas, os países Africanos podem ser genericamente categorizados

⁴⁸ **Assessment of Drivers of Progress in Increasing Contraceptive use in sub-Saharan Africa; Case Studies from Eastern and Southern Africa.** *Preliminary report* 1 March 2012 African Institute for Development Policy

⁴⁹ <http://www.guttmacher.org/media/nr/2012/06/19/index.html>

em dois grupos: o primeiro grupo representa dois países com grandes necessidades não atendidas de limitar a fecundidade (o Lesoto e a Suazilândia), onde mais de 15 por cento das mulheres querem parar a fertilidade no seu todo. O segundo grupo conta com 18 países com maior necessidade de atendimento em termos de espaçamento dos nascimentos (mais do que 15 por cento), nomeadamente, o Benin, o Burkina Fasso, o Chade, a Costa do Marfim, a República Democrática do Congo, a Eritreia, a Etiópia, o Gabão, o Gana, a Libéria, o Malawi, o Mali, a Mauritânia, o Ruanda, o Senegal, a Serra Leoa, o Uganda, e a Zâmbia.

O uso dos métodos de PF não depende apenas das preferências das utilizadoras, mas também das características dos sistemas de saúde. Os programas de planeamento familiar robustos dependem de estratégias de prestação de serviços de planeamento familiar efectivos, tais como os que oferecem métodos concebidos a medida das necessidades das utilizadoras, que providenciam aconselhamento sobre o planeamento familiar e perícia médica sobre todos os métodos de administração, e acompanhamento da resposta das utilizadoras aos métodos. Os países na região com sistemas de saúde frágeis são confrontados com o desafio de melhorar o método de escolha do contraceptivo dentro dos constrangimentos existentes⁵⁰.

3.3.4. Reposicionando o Planeamento Familiar

Porque os programas de planeamento familiar e de saúde reprodutiva são tão importantes tanto por razões de saúde assim como demográficas, é essencial que mais recursos sejam investidos nesta área. Muitos novos programas precisarão de fundos substanciais a medida que se expandirem. O número de mulheres no grupo de idade reprodutiva está a aumentar, tal como está a aumentar a proporção dessas mulheres que querem usar contraceptivos: hoje, há acima de 1.2 biliões de mulheres em idade reprodutiva nos países em desenvolvimento.

Em muitos programas de planeamento familiar em muitos países usaram com sucesso os meios de comunicação de massas em campanhas de consciencialização sobre os benefícios do planeamento familiar, legitimação das famílias pequenas, e mudança das referências reprodutivas⁵¹. Os programas poderão usar esses mesmos canais de comunicação para abordar muitas das razões porque as mulheres com necessidades não atendidas não usam os métodos de planeamento familiar, e encorajá-las a mudar o seu comportamento. Eficazmente concebidas, as mensagens baseadas em evidências podem explicar o verdadeiro risco da gravidez para a mulher que está a amamentar ou que têm relações sexuais com pouca regularidade, abordar preocupações sobre os efeitos secundários dos contraceptivos e riscos para a saúde, publicitar as fontes dos diferentes meios de planeamento familiar, e abordar as questões religiosas e outras oposições ao métodos modernos de contracepção.

A integração de serviços, como parte das reformas do sector de saúde, oferece outra forma, complementar de atingir as mulheres e reduzir o desperdício de oportunidades de prestar serviços de planeamento familiar. De cada vez que uma pessoa procura serviços de saúde

⁵⁰ **Family Planning Trends in Sub-Saharan Africa: Progress, Prospects, and Lessons Learned**
Mona Sharan, Saifuddin Ahmed, John May, and Agnes Soucat

⁵¹ Dayaratna V, Winfrey W, McGreevey W, et al. Reproductive Health Interventions: Which Ones Work and What Do They Cost? Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project; 2000. Available at: www.policyproject.com/pubs/occasional/op-05.pdf.

representa uma oportunidade de identificação de alguma necessidade que carece de atendimento. Os utentes da saúde poderão estar especialmente receptivos a, e necessitados de serviços de planeamento familiar e informação quando estejam a procura de fazer o aborto, quando acabaram de dar a luz, ou quando são diagnosticadas com HIV⁵². Oferecer serviços integrados nestes momentos é conveniente para todos os clientes, e poderá também permitir a abordagem de outros problemas de saúde.

A Cimeira de Planeamento Familiar de Londres, de Julho de 2012 foi um marco que conseguiu congrega governos, agências das NU e fundações que visam revitalizar os compromissos globais com relação ao planeamento familiar e acesso a contraceptivos, pelo seu custo e eficácia, e as prioridades de desenvolvimento transformacional.

O Planeamento Familiar 2020 (FP2020) assenta na parceria lançada na Cimeira de Londres sobre o PF. Irá manter o momentum de Londres e assegurar que todos os parceiros estão a trabalhar juntos para atingir e apoiar os objectivos e compromissos anunciados na Cimeira⁵³.

3.4. Saúde Sexual e Reprodutiva do Adolescente e Saúde materna

Os Países Africanos constituem 20 dos 25 países com a fertilidade adolescente mais elevada à nível global.⁵⁴ Em muitos países Africanos, os adolescentes constituem um terço da população e continuam a enfrentar uma série de desafios de saúde e sociais. Por exemplo, o início da actividade sexual enquanto carecem de conhecimentos e habilidades adequados para protecção, sujeita os adolescentes a um maior risco de gravidezes indesejadas, aborto inseguro e infecções sexualmente transmitidas incluindo o HIV&SIDA. Consequentemente, a fertilidade adolescente está a crescer, bem como o número de jovens raparigas expostas ao HIV.

Globalmente

- Cerca de 16 milhões de meninas adolescentes dão a luz em cada ano – a maioria está em países de baixa ou média renda.
- Uma estimativa de três milhões de raparigas com idades entre os 15-19 anos realizam aborto inseguro em cada ano.
- Em países de baixa ou média renda, as complicações resultantes da gravidez e parto são as principais causas de óbitos entre as raparigas com idades entre os 15-19 anos.
- A morte fetal e óbitos de recém-nascidos são 50% mais elevadas entre filhos de mães adolescentes do que as de filhos de mulheres com idades entre os 20-29 anos.
- Os filhos de mães adolescentes são mais susceptíveis a ter baixo peso à nascença.

A elevada prevalência de ‘casamentos’ precoces e a fecundidade em alguns Estados Membros da UA está associada a elevada mortalidade e morbilidade materna e bem como a mortalidade

⁵² Bernstein S. Public Choices, Private Decisions: Saúde Sexual e Reprodutiva and the Millennium Development Goals. New York: UN Millennium Project; 2006. Available at: www.unmillenniumproject.org/reports/srh_main.htm.

⁵³ <http://www.londonfamilyplanningsummit.co.uk/index.php>

⁵⁴ 2012 Africa Reproductive and Sexual Health Scorecard, by Africa Public Health. Info (now Afri-Dev.Info) and Africa Coalition on Maternal, Newborn and Child Health

neonatal e infantil. Os 30 países Africanos onde 30% a 75% raparigas de idade menor são forçadas a casar também incluem 22 dos 30 países com as taxas de mortalidade materna mais elevadas⁵⁵. Similarmente, os 30 países Africanos onde entre 30% a 75% de raparigas de idade menor são forçadas a casar também inclui 23 dos 30 países com as mais elevadas taxas de mortalidade infantil, o que revela uma correlação entre os casamentos precoces e a mortalidade materna e infantil.

É importante destacar que os casamentos precoces colocam em risco a saúde, o desenvolvimento humano e social da juventude Africana, e de África como um todo, ao colocar em perigo as vidas de uma estimativa de 37.4 milhões jovens raparigas – através da mortalidade materna; HIV; falta de acesso a saúde sexual e reprodutiva; violência social, psicológica e física; e por excluí-las da instrução; removendo-as assim, forçadamente, do reservatório do quadro de capacidade de desenvolvimento humano e social do continente. Terminar com a prática de casamentos precoces é uma medida importante para assegurar a saúde sexual e reprodutiva, direitos, aspirações de jovens raparigas, e a sua capacidade de contribuir para o desenvolvimento de África é defendida⁵⁶.

Nos países em vias de desenvolvimento, uma dentre sete raparigas casa-se antes do seu 15º aniversário e algumas noivas chegam mesmo a ter as idade de oito a nove anos. A gravidez durante a adolescência está associada com maior risco de saúde como a anemia, doenças sexualmente transmissíveis, infecções transmitidas, aborto inseguro, hemorragia pós-parto, e desequilíbrios mentais (como a depressão). As adolescentes grávidas também carregam consequências sociais negativas e muitas vezes tem de abandonar a escola, reduzindo a sua empregabilidade, o que conduz a implicações económicas a longo prazo. As necessidades não atendidas em termos de planeamento familiar, especialmente por maior espaçamento dos intervalos das gravidezes são maiores entre as adolescentes. Os Estados Membros da UA e o CER com o apoio das OSC continuam a jogar um grande papel na abordagem da SSR das adolescentes para enfrentar esses desafios através de apoio técnico no reforço e melhoramento dos sistemas de cuidados de saúde para fornecer às adolescentes serviços de saúde atraentes e simples.

Para muitos adolescentes que precisam de serviços de saúde sexual e reprodutiva, tais como informação adequada, contracepção e tratamento de infecções sexualmente transmitidas, estes ou não estão disponíveis ou são disponibilizados de uma forma que faz com as adolescentes não se sintam acarinhadas ou se sintam embaraçadas. Ainda há muito por fazer na área de sensibilização dos provedores de serviços de saúde em relação a sua habilidade em abordar as necessidades e os atributos de desenvolvimento das adolescentes de modo a conseguir atraí-las para que procurem os serviços de saúde.

3.5. Partos com Acompanhamento de Profissionais de Saúde Habilitados

O provedor de assistência a serviços de parto é um profissional de saúde credenciado tal como uma parteira, enfermeira ou doutor, que foi formado e treinado até ao nível de proficiência nas

⁵⁵ 2013 Africa Scorecard on Multi-Faceted Violence Against Young Girls & Women produced by Afri-Dev. Info & the Africa Coalition on Maternal, Newborn and Child Health

⁵⁶ On Youth Development, from just health – to health, human and social development: Transition document of the Africa Public Health Alliance to the Africa Health, Human and Social Development Alliance.

habilidades necessárias para gerir partos normais e diagnosticar, gerir, ou encaminhar complicações obstétricas⁵⁷. Os profissionais qualificados devem estar em condições de gerir um trabalho de parto normal, realizar intervenções cirúrgicas essenciais, iniciar o tratamento e supervisor o encaminhamento da mãe e do bebé para intervenções cirúrgicas que estejam para além da sua competência ou que não sejam possíveis realizar dadas as condições do local.

A proporção de partos assistidos por pessoal de saúde devidamente qualificado é actualmente mais baixo em África (excluindo a África do Norte) em comparação com os outros países em vias de desenvolvimento em todo o mundo. Nos seis países (o Burundi, o Chade, Eritreia, a Etiópia, o Níger, e a Somália) com o pior desempenho, apenas um terço das mulheres deu o parto com assistência de um profissional de saúde devidamente qualificado presente. Os outros países (e.g. o Quênia, o Lesoto, a Libéria, o Madagáscar, a Somália, e a Zâmbia) não registaram nenhum avanço em relação a este indicador, e nem sequer uma regressão. O Sudão assistiu a uma drástica redução, de 86.3 por cento do período de 1990–1999 para 49.2 por cento no período entre 2000–2009, que muito provavelmente é devido ao conflito que tem lugar no país. No inquérito de 2000–2009 os países que constam no topo da tabela classificativa de melhor desempenho (com 75 por cento ou acima, de mulheres que receberam assistência de profissionais de saúde qualificados durante o parto) foram (em ordem de realização de metas): as Maurícias, Argélia, a Tunísia, o Botswana, a África do Sul, o São Tomé e Príncipe, a Namíbia, o Zimbabwe, o Egipto, e o Cabo Verde.

As pesquisas demonstram que entre 13% - 33% das óbitos maternos poderiam ser evitadas com a presença de provedor de assistência a serviços de parto⁵⁸. No entanto, o fosso entre os padrões baseados em evidências, para gestão com perícia de obstetrícia de emergência básica e a sua real prática entre os provedores de assistência a serviços de parto é objecto de debate. Os padrões internacionais e as definições operacionais não conduzem automaticamente a educação e/ou formação de SBAs que demonstram competências nas práticas de obstetrícia e cuidados obstétricos. Sugere-se que parte significativa da estagnação dos programas de saúde materna sejam o resultado de escolhas descuidadas entre aumentar o nível de habilidade e conhecimentos dos verdadeiros prestadores de assistência a serviços de parto ou formar profissionais multifacetados, com menos habilidades, menos autoridade e sem perspectivas de progressão na carreira⁵⁹.

3.6. Nutrição e Saúde materna

Os indicadores chave da nutrição materna são a estatura materna, o índice de massa corporal e a deficiência de micronutrientes. A pobre nutrição materna contribui para pelo menos 20% das óbitos maternos, e incrementa a probabilidade de ocorrência de outros resultados adversos das gravidezes, incluindo as óbitos de recém-nascidos. Uma estatura materna baixa, que geralmente resulta em crianças de baixa altura para a idade, é igualmente um factor de risco para parto obstruído e parto por cesariana, devido a desproporção entre a cabeça do bebé

⁵⁷ WHO (2004) Making pregnancy safe; critical role of skilled birth attendant. A joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva; WHO

⁵⁸ Graham, W. Bell, JS. Bullough, W. (2001). Can skilled attendance reduce maternal mortality in developing countries? Stud HSO&P. 17 (97-129).

http://www.kit.nl/net/KIT_Publicaties_output/ShowFile2.aspx?e=1552

⁵⁹ Gill, K. et al (2007). Women deliver for development. Lancet (2007); 370; 1347-57.

e a pélvis da mãe. O parto obstruído prolongado combinado com ou demora no acesso ao parto com cesariana pode resultar em morte materna, consequências para uma saúde débil a longo prazo, tais como a fístula obstétrica e mortalidade neonatal devido a asfixia neonatal. Muitos países com elevada subnutrição materna também carecem de serviços de emergência já em prontidão para realizar partos por cesariana.

Há limitada informação sobre as deficiências de micro nutrientes para as mães. A revisão da OMS feita aos inquéritos nacionalmente representativos do período de 1993 a 2005 constatou que 42% das mulheres grávidas à nível mundial são anémicas, sendo que mais de metade delas devido a deficiências em termos de ferro. A carência de ácido fólico pré-natal, também generalizada, está associada a aumento de risco de efeitos no tubo neural. Há necessidade de pesquisas adicionais para se compreendam as relações entre a subnutrição materna e os resultados, a curto e longo prazo, para a saúde infantil.

O ciclo desde a gravidez da mãe até ao segundo aniversário da criança constitui uma janela de oportunidade crítica na qual intervenções tendentes a melhorar a subnutrição materna e infantil pode ter impacto positivo nas perspectivas de sobrevivência para a criança, crescimento e desenvolvimento, especialmente em países com grande peso em termos de subnutrição. Já foi acordado um pacote de intervenções sobre a nutrição, por peritos e parceiros de programas. Este, inclui intervenções em três áreas chave:

- Nutrição materna durante a gravidez e lactação, particularmente suplementos de ferro e ácido fólico durante a gravidez.
- Início da amamentação dentro de uma hora após o nascimento, amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses, e amamentação contínua até pelo menos os 24 meses de idade.
- Alimentação complementar adequada a partir dos 6 meses em diante, e intervenções com nutrientes, conforme as necessidades.

Há cada vez mais evidências apontando os benefícios tanto para a mãe como para o bebé, de se iniciar a amamentação, preferencialmente dentro de uma hora após o nascimento. Iniciar a amamentação logo após o nascimento contribui para a redução da mortalidade neonatal no geral⁶⁰. Também reduz o risco de a mãe sofrer de hemorragia pós-parto, uma das causas líder da mortalidade materna. O colostro fornece anticorpos protectores e nutrientes essenciais, agindo como a primeira imunização para os recém-nascidos, reforçando o seu sistema imunitário e reduzindo as possibilidades de morte no período neonatal⁶¹.

⁶⁰ Edmond, Karen, et al., 'Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality', *Pediatrics*, vol. 117, no. 3, 1 March 2006, pp. e380–e386; and Mullany, Luke C., et al., 'Breastfeeding Patterns, Time to Initiation and Mortality Risk Among Newborns in Southern Nepal', *Journal of Nutrition*, vol. 138, March 2008, pp. 599–603.

⁶¹ Huffman, Sandra L., et al., 'Can Improvements in Breast-feeding Practices Reduce Neonatal Mortality in Developing Countries?' *Midwifery*, vol. 17, no. 2, June 2001, pp. 84–86.

3.7. Imunização e a Saúde materna

A infecção com rubéola um pouco antes da concepção ou durante a gravidez pode causar interrupção e morte fetal, e bebés nascidos com o Síndrome de Rubéola Congénita (SRC), muito comumente problemas de coração, surdez e cegueira. A factura humana e económica da rubéola é desconcertante. Por exemplo, a OMS estima que em 1996, 22.000 crianças nasceram com SRC em África. Dado que poucos países em África introduziram a vacina para prevenir a rubéola estima-se que os dados existentes estejam alinhados com os dados referidos.

Estima-se que África tenha o maior número de casos de SRC, e regista o mais baixo uso de vacinas de prevenção contra a rubéola. Dentre os Estados Membros da OMS, mais de um terço dos países, maioritariamente em África, não usavam a vacina contra a rubéola no seu plano de imunização, até 2010. A vacina contra a rubéola confere protecção a longo prazo, e é normalmente aplicada com uma combinação de vacina contra sarampo como uma vacina sarampo-rubéola (MR) ou vacina *sarampo-mumps-rubella* (RMM). A vacina MR é considerada segura, acessível e eficiente com o custo a rondar em torno de US\$ 0.50 por dose.

As novas directrizes da OMS em 2011 apoiavam uma mudança de paradigma na estratégia de vacinação para a introdução de vacina contra a rubéola. Os pensamentos iniciais da comunidade sobre a doença da rubéola colocava ênfase na imunização das raparigas jovens adolescentes e mulheres com idade reprodutiva, para reduzir o risco de SRC. No entanto, em muitos contextos, as barreiras para o acesso resultaram numa cobertura limitada da vacina e o vírus da rubéola continuou a circular. A nova abordagem focaliza-se em interromper a transmissão do vírus da rubéola, deste modo eliminando a rubéola, bem como o SRC, a longo prazo.

A aceleração da introdução da combinação da vacina sarampo-rubéola em África vai alargar a sua protecção aos mais necessitados, e contribuir para os esforços de controlo do sarampo. A partir de 2013, os países Africanos estão a lançar campanhas de actualização à larga escala sobre sarampo-rubéola, e os países estão a introduzir a vacina nos seus programas de rotina de imunização com auto-financiamentos. Uma vacina que combine custo e eficácia e que evite duas doenças que constituam risco para a vida, é um grande passo na aceleração do progresso para se controlar o sarampo e a rubéola.

O cancro é uma questão que está a emergir em toda África. Em 2008, 542.000 óbitos foram atribuídos ao cancro no continente, um número que se prevê que venha a subir para 970.000 até 2030⁶². Dentre estes cancros, o cancro cervical é a principal causa dos óbitos devido ao cancro entre as mulheres nos países Africanos. A imunização das raparigas antes do início da actividade sexual (isto é, antes da exposição à infecção pelo PVH), é uma estratégia chave para prevenir o cancro cervical. Vacinas PVH seguras e efectivas contra PVH tipos 16 e 18, que causam cerca de 70% dos casos de cancro cervical, conferem uma oportunidade ímpar de colocar as raparigas no centro de desenvolvimento de África. Recomenda-se (a OMS) que a vacinação PVH das raparigas com idades entre os 9-13 anos através de programas de imunização nacional em países Africanos onde o cancro cervical constitui uma prioridade de saúde pública, e onde a introdução das vacinas é viável.

⁶² Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers CD, Parkin D. GLOBOCAN 2008, *Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer-Base No.10* [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2010. Available from : <http://globocan.iarc.fr>

O ano 2013 é um ano ponto de referência para as raparigas de África, com os países Africanos a liderarem as melhores formas de aplicar a vacina PVH. Sete países Africanos liderarão as melhores formas de aplicar a vacina PVH às raparigas junto com outras intervenções que beneficiam as suas vidas. Estes projectos de demonstração abrirão caminho para que os países criem as capacidades e as infra-estruturas necessárias para se vacinarem as raparigas a nível nacional.

3.8. Reforçando a CARMMA

A Campanha Para a Aceleração da Redução da Mortalidade Materna em África (CARMMA) é uma iniciativa da CUA para promover e advogar a favor da renovação e intensificação da implementação do Plano de Acção de Maputo para Redução da Mortalidade Materna em África, com vista a atingir-se o objectivo 5 das MDM. Embora o foco principal da CARMMA seja a mortalidade materna, também lida com questões da mortalidade infantil por causa do impacto que a mortalidade materna tem sobre as crianças e famílias.

A CARMMA foi lançada a nível continental durante a Conferência dos Ministros da Saúde da União Africana, em Maio de 2009, em Addis Abeba, subordinada ao tema: “Acesso Universal a Serviços de Qualidade: Melhorar a Saúde Materna, Neonatal e Infantil”. A importância e o valor da CARMMA alicerçam-se em compromissos anteriores assumidos pelos Chefes de Estado em relação a saúde materna, e o alcance das MDM relacionadas com a saúde.

A revisão do progresso na implementação do PAM observou que esforços sem precedente estão em curso em África para rever, actualizar e conceber políticas, estratégias e planos relacionados às diferentes componentes da SSRR. Os principais desafios e lições destacadas por quase todos os países que participaram na avaliação de cada área prioritária no PAM, estão relacionadas a inadequabilidade dos recursos, sistemas de saúde fracos, iniquidades no acesso, fraca resposta multisectorial, baixa prioridade atribuída ao sector de saúde nos planos de desenvolvimento nacional, e dados inadequados⁶³.

A CARMMA foi informada pelo lento progresso em e no reconhecimento de desafios desencorajadores em reduzir-se a mortalidade materna na maior parte dos países Africanos em 75 por cento – em comparação com os dados de 1990 - até 2015, conforme recomendado no objectivo 5 das MDM. Também se constatou uma crescente preocupação com o facto de o desenvolvimento social em geral, e a saúde das mulheres em particular, enfrentarem novas ameaças da crise financeira internacional e recessão económica, futuro imprevisível em relação a ajuda, agravada pelas mudanças climáticas e a crise alimentar, dentre outros desafios⁶⁴.

Com as lideranças da União Africana e o apoio dos Governos Africanos, a CARMMA foi lançada em 37 países Africanos. Por causa da necessidade de se acelerar o alcance do objectivo 5 das MDM (MDM5A & 5B), foram concebidas uma série de iniciativas pela comunidade global, ligadas a CARMMA. Algumas dessas iniciativas são; a) A Estratégia Global do Secretário Geral das NU sobre a Saúde das Mulheres e Crianças; b) A Comissão das NU sobre os Meios para Salvar as Vidas de Mulheres e Crianças; c) Comissão para Informação e Responsabilidade sobre a Saúde das Mulheres e Crianças; d) as Parcerias Global e Regional sobre a Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil; e) a Iniciativa

⁶³ <http://www.au.int/pages/carmma/documents/maputo-plan-action-5-year-review>

⁶⁴ <http://au.int/pages/carmma/whatis>

Salve a Mãe e a Criança da Prevenção e Eliminação da Transmissão do HIV da Mãe para o Filho.

A 15ª Cimeira Ordinária dos Chefes de Estado e Governo da UA, realizada em Kampala, reforçou mais a CARMMA e reafirmou os compromissos para com a SMNI no continente. Uma das decisões chave emitida pela Cimeira inclui “Reforçar o sistema de saúde para oferecer serviços abrangentes, integrados de saúde materna, neonatal e infantil, em particular através de cuidados de saúde primários, reposicionamento do planeamento familiar, incluindo a segurança dos meios de saúde reprodutiva, desenvolvimento de infra-estruturas, e recursos humanos qualificados para a saúde, em particular para formar Trabalhadores de Saúde Comunitários para mitigarem a crise de recursos humanos no sector de Saúde”. A administração do Governo, parceria, financiamento sustentável e o chamado do Fundo Global para Combate contra o HIV/SIDA, Malária e TB para criar uma nova janela para financiar a saúde materna, neonatal e infantil, também fizeram parte da decisão.

Na 20ª Cimeira da UA em Janeiro de 2013 os Chefes de Estado e Governo da UA deliberaram sobre o estado da SMNI em África, um outro marco significativo que confere mais ímpeto a CARMMA. A Assembleia reafirmou os seus compromissos anteriores sublinhando os que constam do PAM, a CARMMA, a Declaração de Abuja sobre o HIV/SIDA, Tuberculose, Malária e outras doenças infecciosas, e o acesso universal a prevenção, tratamento e serviços de apoio, bem como o seu cometimento para redobrar os esforços par melhorar a saúde das mulheres e crianças Africanas, conforme está plasmado nas “Acções sobre a Saúde Materna, Neonatal e Infantil e o Desenvolvimento em África (Assembleia/AU/Decl.1(XI))”.

O Evento de Alto Nível sobre a CARMMA na 20ª Cimeira da UA, em Janeiro de 2013, os Chefes de Estados e Governos da UA, foi um outro fórum importante que contou com a presença de cerca de 30 Chefes de Estados e Governo. O anfitrião foi o Presidente da República do Benin, que foi depois presidiu a UA.

A Cimeira também instruiu aos Ministros da Saúde da UA para que examinassem os progressos registados relativamente a estado da saúde materna, neonatal e infantil; definir estratégias concretas e inovadoras a escala mais ampla, de modo a abordar adequadamente as necessidades de saúde das mulheres e crianças Africanas, e submeter um relatório a 21ª Sessão Ordinária da Assembleia.

Para responder a este chamamento dos Chefes de Estado e Governos, os Ministros da Saúde apresentaram as estratégias inovadoras e concretas baseadas nos resultados do Evento de Alto Nível, as melhores práticas de vários países Africanos e as constatações dos organismos internacionais que trabalham na área da saúde materna:

- a) Colectiva e individualmente, redobrar os esforços para melhorar a saúde materna, neonatal e infantil, e por via disso, reduzir a mortalidade materna e infantil para acelerar os progressos em direcção ao alcance dos objectivos 4 e 5 das MDM;

- b) Solicitar a CUA, em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), servindo como secretariado da CARMMA, para estabelecer uma estrutura continental para monitorar e fazer acompanhamento sobre o progresso e facilitar o intercâmbio de boas práticas entre os Estados Membros;
- c) Encorajar os Estados Membros que não o tenham feito, a lançarem CARMMA e convidar a todos os Estados Membros a explorarem abordagens inovadoras e sustentáveis para canalizar recursos humanos e financeiros, recursos domésticos e externos adicionais, para reforçar acções em prol da saúde materna, neonatal e infantil;
- d) Solicitar ao Banco Africano de Desenvolvimento, em colaboração com a CUA e o FNUAP, para que desenvolva um quadro para o estabelecimento de um mecanismo para mobilizar, disponibilizar e gerir recursos em apoio a saúde materna, neonatal e infantil incluindo através da promoção da cooperação intercontinental sobre as melhores práticas;
- e) Impulsionar e reforçar as parcerias aos níveis global e do país, com os parceiros de desenvolvimento, incluindo a sociedade civil, associações profissionais, o sector privado e mulheres, e grupos de juventude;
- f) Expandir o acesso ao planeamento familiar e outros serviços de saúde reprodutiva e reduzir as grandes necessidades não atendidas em termos de contracepção;
- g) Tomar medidas concretas para reforçar os sistemas de saúde com particular ênfase na melhoria das infra-estruturas de saúde e assegurando uma gestão eficiente da cadeia de fornecimento dos meios que salvam vidas para apoiar no acesso universal a intervenções de alto impacto na saúde materna, neonatal e infantil, especialmente ao abrigo da Estratégia Global Cada Mulher Cada Criança e as suas Comissões;
- h) Investir em recursos humanos para a saúde, constituindo uma força de trabalho capacitada e motivada, incluindo parteiras, em particular, para aumentar o acesso a profissionais de saúde devidamente qualificado e reforçar o encaminhamento de emergência;
- i) Ampliar a cobertura mais eficiente de antiretrovirais (TARV), intervenções e práticas mais seguras de alimentação de crianças para eliminar a transmissão da mãe para filho (transmissão vertical), enquanto se implementam outras medidas para prevenir novas infecções pelo HIV entre mulheres em idade reprodutiva;
- j) Reconhecer a necessidade de uma conferência internacional sobre a saúde materna a ser realizada 2013, como uma oportunidade de partilhar as melhores práticas e incrementar a cooperação Sul - Sul;
- k) Enquadrar as questões sobre a saúde das mulheres e crianças e o bem-estar no geral, nos ministérios de linha – principalmente a educação, alimentação, habitação e emprego – e planos nacionais de desenvolvimento;
- l) Desenvolver planos orçamentados baseados em evidências, onde tal ainda não seja prática, para lidar com as prioridades e implementar intervenções de alto impacto e baixo custo sobre a saúde materna, neonatal e infantil, indicando as lacunas em termos de financiamentos para que se possam atingir os objectivos 4 e 5 das MDM (com o apoio dos parceiros HHA);
- m) Melhorar a qualidade dos cuidados em todas as fases dos cuidados e assegurar que os serviços são organizados e prestados de forma integrada e abrangente;

- n) Criar capacidade a nível do país para operações de pesquisa em SMNI reforçar o sistema de informação de saúde incluindo o registo de eventos vitais;
- o) Abordar a questão das iniquidades na cobertura de serviços de saúde materna, neonatal e infantil; e
- p) Criar Conselhos da CARMMA a níveis nacional e sub-nacional envolvendo as partes interessadas chave para fiscalizar a planificação baseada em evidências e a monitoramento dos serviços e rastrear a disponibilidade e a utilização dos recursos domésticos e externos.

A decisão da Assembleia e o Comunicado do Evento de Alto Nível baseiam-se num exame minucioso dos desafios continentais para atingirem os objectivos 4, 5 e 6 das MDM e o reiterar de compromissos anteriores dos Líderes Africanos. Se as acções no terreno forem consonantes, não há dúvida de que estas decisões irão acelerar a melhoria da situação da SMNI no continente. Ao mobilizarem-se recursos adicionais e efectivamente usarem-se os que estão a disposição dos países, reforçando os sistemas de saúde, com enfoque nos recursos humanos para a saúde e meios salvadores de vida essenciais, promovendo a parceria e através da planificação baseada em evidências e monitoramento, a maioria dos países Africanos estará numa melhor posição hoje, de melhorar a saúde das mães, dos recém-nascidos e crianças.

4. INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS

Prestação de serviços integrados significa a gestão e prestação de serviços de saúde para que os clientes recebam serviços preventivos e curativos continuamente, de acordo com as suas necessidades ao longo do tempo e em diferentes níveis do sistema de saúde⁶⁵. A ideia dos serviços de saúde integrados não é nova. Na verdade era o enfoque dos cuidados de saúde primários nos anos 1980.

A "Continuação dos Cuidados" para a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil inclui prestação de serviços integrados às mães e crianças desde a gravidez até ao parto, o período pós-natal que se segue, e na infância. Tais cuidados são prestados por famílias e comunidades, através de serviços ambulatoriais, clínicas e outras facilidades/unidades de saúde. A continuação da prestação de cuidados reconhece que um parto seguro é crítico para a saúde da mulher e da criança recém-nascida - que um começo de vida saudável é um passo essencial em direcção a uma infância sã e uma vida produtiva⁶⁶.

A classificação global sobre a SMNI indicou progresso lento nos objectivos 4 e 5 das MDM, atribuídos a baixa cobertura com intervenções SMNI preventivas e terapêuticas chave. A necessidade de acção intensificada no tocante aos objectivos da SMNI levou a comunidade de saúde a nível mundial a considerar a adopção de formas inovadoras para incrementar dramaticamente a cobertura, incluindo a integração da prestação de múltiplas intervenções sobre o HIV e SMNI, transformando-a numa intervenção única.

A integração dos programas para o HIV, PF e saúde materna, neonatal, e infantil permitiria que se abordassem as várias necessidades dos pacientes de uma só vez, e poderia aumentar a eficácia e eficiência dos programas. Sem dúvida alguma esta abordagem permitiria a expansão dos serviços de HIV e de saúde materna, neonatal e infantil, concomitantemente contribuindo para o alcance das MDM definidas para a componente saúde.

No continente Africano a maior parte dos serviços relacionados ao HIV, SMNI e PF são oferecidos de forma isolada. Em anos recentes os gestores de programas e os fazedores de políticas começaram a reconhecer as oportunidades desperdiçadas e as ineficiências geradas por essas abordagens verticais. Experiências em alguns países da África Subsaariana sugerem que integrar os serviços de saúde reprodutiva e os de HIV poderão melhorar o acesso a contraceptivos para indivíduos infectados pelo HIV, aumentar a aceitação dos serviços de prevenção da transmissão da mãe para filho, e rastreio do cancro cervical, e conduzir ao início de TARV mais cedo e de forma mais sustentada.

⁶⁵ INTEGRATED HEALTH SERVICES – WHAT AND WHY?

http://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf Technical Brief No.1, 2008

⁶⁶ **PSMNI Fact Sheet: RSMNI Continuum of care** Reproductive, maternal, newborn and child health. *Updated September 2011*

http://www.who.int/pSMNI/about/continuum_of_care/en/

Na África do Sul, a avaliação de uma intervenção que trouxe o pessoal da TARV para CPNs para provisão de TARV estavam associadas a um período de tempo mais curto, contado a partir do diagnóstico do HIV até ao início do TARV. Quando comparado com o período de cuidados pré-integrados (antes da integração, o tempo médio eram 56 dias, e após a integração passaram a ser 37 dias). A integração também estava associada a um tempo significativamente mais curto para receber o resultado de CD4 (a média eram 50 dias antes da integração, comparado com os 29 dias depois da integração)⁶⁷. Outras avaliações similares no Malawi⁶⁸, na Zâmbia⁶⁹ e na Tanzânia⁷⁰ todas apontam para os potenciais benefícios para a saúde, da integração dos serviços de SMNI/FP/HIV.

As estimativas nacionais referentes a cobertura das intervenções, muitas vezes ocultam importantes iniquidades ao nível doméstico. Os relatórios dos países deveriam incluir um perfil das iniquidades socioeconómicas em termos de cobertura, para um conjunto de intervenções chave através de toda a continuidade de cuidados. A cobertura das intervenções em alguns países é substancialmente maior entre as mulheres e crianças dos agregados mais ricos, mas injustiças em termos de cobertura variam por intervenção. As intervenções que requerem um sistema de saúde funcional, tal como presença de um profissional de saúde devidamente qualificado no momento do parto, são particularmente desiguais, enquanto que as intervenções que não requeiram, tais como as vacinas, são mais equitativas⁷¹. A integração da prestação de serviços ao longo do processo de prestação de cuidados é uma estratégia potencial para abordar as injustiças na disponibilidade e utilização de serviços.

⁶⁷ Van der Merwe K, et al. Integration of antiretroviral treatment within antenatal care in Gauteng Province, South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006; 43:577–581

⁶⁸ Bahwere P, et al. Uptake of HIV testing and outcomes within a Community-based Therapeutic Care (CTC) programme to treat severe acute malnutrition in Malawi: a descriptive study. *BMC Infect Dis* 2008; 8:106.

⁶⁹ Killam WP, et. al. Antiretroviral therapy in antenatal care to increase treatment initiation in HIV-infected pregnant women: a stepped-wedge evaluation. *AIDS* 2010; 24:85–91

⁷⁰ Rasch V, et al. Post-abortion care and voluntary HIV counseling and testing—an example of integrating HIV prevention into reproductive health services *Trop Med Int Health* 2006; 11:697–704

⁷¹ Barros, A.J., C. Ronsmans, H. Axelson, E. Loaiza, A.D. Bertoldi, G.V. Franca, and others. 2010. “Equity in Maternal, Newborn, and Child Health Interventions in Countdown to 2015: A Retrospective Review of Survey Data from 54 countries. *Lancet* 379 (9822): 1225–33.

5. O FINANCIAMENTO DAS INTERVENÇÕES DA SMNI

Os Governos podem aumentar o acesso e reduzir as barreiras financeiras para os serviços de saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil através de legislação a favor dos pobres (por exemplo, expandindo total ou parcialmente sistemas de pré-pagamento subsidiados, removendo as taxas e outras barreiras financeiras ao acesso, instituindo esquemas condicionais de transferência de dinheiro, criando sistemas de saúde universais e similares) e financiamento adequado para a saúde materna, neonatal, e infantil, incluindo a partir de recursos nacionais ou domésticos⁷².

5.1. Situação do Financiamento a SMNI

Os Estados Membros da UA deram grandes passos no financiamento a saúde, particularmente no sentido de atingir as metas de Abuja de alocar, pelo menos 15% dos seus orçamentos nacionais para a saúde. Cerca de 55% dos países Africanos alocaram cerca de 10% da despesa total do Governo para a saúde. Mais encorajador, cinco países (o Madagáscar, o Togo, a Zâmbia, o Botswana e o Ruanda) lograram atingir as metas de Abuja (Gráfico 13). Apesar deste marco assinalável em termos de realização, países como a Guiné, o Chade, Eritreia, a Guiné Bissau, a Somália, o Sudão e a Nigéria alocam menos de 5% do seu orçamento nacional para a saúde. Na maior parte dos países a proporção do orçamento da saúde alocado especificamente para os serviços de SMNI não foi determinado.

O apoio dos parceiros a SMNI em África tem sido enorme. Estima-se que os desembolsos dos doadores para a SMNI aumentou em 64% entre 2003 e 2006, de US\$2.12 biliões para \$3.48 biliões. Isto está separado do financiamento a saúde infantil, do financiamento saúde materna e neonatal. Um dos desembolsos de \$3.48 biliões desembolsados em 2006, 66% (\$2.31 biliões) foi usado em saúde infantil e 34% (\$1.17 biliões) e saúde materna e neonatal. Em 2006, 54% da assistência dos doadores a SMNI proveio de agências bilaterais, 31% de financiadores multilaterais (Banco Mundial, UNFPA, UNICEF, e a Comissão Europeia), e 15% do Fundo Global e da Aliança AGVI. Os dois líderes no financiamento a SMNI foram o Banco Mundial (\$725m) e o Governo Norte-Americano (\$692m). O financiamento do Banco Mundial a SMNI, todavia, poderá ser exagerado visto que até ao ano 2008 o Banco Mundial era a única organização que reportava compromissos (não desembolsos).

5.2. Inovações no Financiamento as Intervenções na SMNI

Por forma a acelerar o progresso em termos de SMNI, África poderá ter de abandonar as tradicionais formas de financiamento. Fontes inovadoras de financiamento, tais como a Facilidade Internacional para Imunização, que usa compromissos legais vinculativos a longo prazo pelos doadores para emitir garantias/títulos no mercado internacional de capitais, disponibiliza dinheiro que pode ser usado por organizações tais com a Aliança Global para Vacinas e Imunização (AGVI) para em parceria com os países Africanos, financiar programas de imunização. Outro mecanismo inovador de financiamento, Compromisso dos Mercados Avançados, acelerou o desenvolvimento e o fabrico das vacinas pneumocócicas, muitas das quais estão agora a ser introduzidas em muitos países Africanos. Finalmente, os negócios

⁷² Borghi, J., T. Ensor, A. Somanathan, C. Lissner, and A. Mills. 2006. "Mobilising Financial Resources for Maternal Health." *Lancet* 368 (9545): 1457–65.

africanos estão a demonstrar interesse crescente em disponibilizar recursos financeiros, advocacia, e habilidades para negócios principais para impulsionar a cobertura da imunização de rotina em África.

Gráfico 13: Alocações para a Saúde conforme a percentagem dos Orçamentos Nacionais

Benin	115	59	31	69	83	83	36
Botswana	48	20	11	94	96		14
Burkina Faso	176	68	34	94	95	95	56
Burundi	142	61	43	92	96	96	55
Cameroon	136	46	33	79	84	84	309
Republic of Cape Verde			10				
Central African Republic	159	55	46	62	54	54	32
Chad	173	69	42	46	59	59	31
Comoros	86	42	32	72	74	81	56
Congo	68	39	22	76	90	90	48
DR Congo	170	60	47	68	63	63	42
Cote d' iviore	123	50	41	70	85	85	19
Djibouti	91	41	33	85	88	88	43
Egypt	22	31	7	96	97		58
Equatorial Guinea	121	63	37	51	33		
Eritrea	61	47	21	99	99	99	44
Ethiopia	106	61	31	81	86	86	7
Gabon	74	31	24	55	45	45	48
Gambia	98	55	34	97	98	98	61
Ghana	74	41	29	93	94	94	24
Guinea	130	76	39	51	57	57	42
Guinea Bissau	150	70	44	61	76	76	35
Kenya	85	33	27	86	83	83	50
Lesotho	85	30	39	85	83	83	66
Liberia	103	76	27	64	64	64	62
Libya			10				
Madagascar	62	53	23	67	74	74	
Malawi	92	74	27	93	93	93	
Mali	178	85	49	63	76	77	
Mauritania	111	41	40	67	64	64	24
Mauritius			9				
Morocco	36	29	19	98	99	99	
Mozambique	145	73	30	70	74	74	22

O programa da SMNI também pode aprender sobre mecanismos inovadores de financiamento a partir de programas de outras doenças, tais como o HIV/SIDA e a malária. A contribuição para

aquisição de bilhete de avião (solidariedade), uma pequena contribuição adicionada aos bilhetes de passagem aérea de saída, é uma das formas de financiamento mais inovadoras mais bem sucedidas em África hoje. Muitos países Africanos já implementaram a contribuição/taxa para apoiar a UNITAID e aumentaram o acesso a melhores medicamentos e produtos diagnósticos para as populações vulneráveis. Com a taxa para aquisição de passagem aérea, as economias Africanas poderão usar o seu vibrante crescimento para apoiar a solidariedade internacional, bem como gerar recursos domésticos adicionais para a saúde e para a luta contra o HIV/SIDA, a malária e a tuberculose.

Também existem boas práticas que foram aprendidas a nível nacional. Por exemplo, o Gana utiliza um imposto nacional sobre o seguro de saúde para financiar 70% do seu Esquema Nacional de Seguro de Saúde. Os impostos sobre os sectores rentáveis ou grandes empresas também tem sido usados, como no Gabão onde o Governo implementa, desde 2008 uma taxa de 10% sobre os rendimentos das operadoras de telefonia móvel para cobrir os que não tem condições de participar para o seguro de saúde nacional. Impostos indirectos sobre produtos que constituem risco para a saúde tais como o tabaco, são considerados uma estratégia “ganha-ganha” dado que também pode conduzir a redução dos comportamentos de risco, ao mesmo tempo que se aumentam as receitas domésticas. Os outros impostos que têm sido utilizados pelos países para subir as receitas são as taxas relativas as transacções financeiras tais como, taxa de turismo, e a taxa de luxo.

5.3. Financiamento Doméstico da SMNI

O elevado nível de comprometimento político dos Governos Africanos no sentido de melhorar as condições de saúde das mulheres e crianças foi demonstrado na 15ª Sessão Ordinária da Assembleia da UA cujo tema foi sobre a SMNI., O lançamento da CARMMA em Estados Membros 37 e a remoção das taxas de utilizador nos serviços para as mulheres e crianças pelos Estados Membros. Os países que procederam recentemente a remoção dessas taxas de utilização dos serviços de saúde materna e infantil incluem o Benin, Burkina Faso, Chade, o Congo, Mali, a Serra Leoa e a Libéria. Não obstante estes desenvolvimentos, ainda é necessário mais financiamento, sentido de propriedade e comprometimento noutras áreas. Por exemplo, somente 12 dos 54 países de África financia entre 50% a 100% do seu programa alargado de imunização⁷³. O que há em relação ao financiamento para a saúde materna, planeamento Familiar e outros serviços de saúde Reprodutiva.

⁷³ 2012 Africa Child Survival Scorecard by Africa Public Health. Info (now Afri-Dev.Info) and Africa Coalition on Maternal, Newborn and Child Health.

6. RECOMENDAÇÕES PARA EXPANSÃO DAS INTERVENÇÕES DE SMNI DE BAIXO CUSTO E ALTO IMPACTO EM ÁFRICA

6.1. Vontade política/Investimento

- a. A necessidade de se passar das palavras à acção para implementar as várias políticas e recomendações relativas aos financiamentos. Há necessidade de um mecanismo de implementação e monitoria de todos os compromissos.

6.2. Nutrição

- a. Um investimento em nutrição incluindo o reforço da alimentação é um investimento nas crianças, e um investimento nas crianças é um investimento em África. Portanto, a fortificação deverá ser considerada como uma estratégia de alto impacto mas com baixo custo.
- b. A segurança alimentar e nutricional deverá tornar-se no verdadeiro motor do desenvolvimento económico equitativo e sustentável.
- c. Há necessidade de se estabelecerem Serviços de padrões para assegurar políticas transversais sobre a fortificação dos alimentos que garanta que os alimentos processados e embalados sejam reforçados com micro-nutrientes e vitaminas essenciais.
- d. É necessário aumentar a alocação de orçamentos e planificação e acção transversal ao nível dos sectores para as adequadas intervenções sobre a nutrição, reforçar as reservas de alimentos estratégicos, melhoria da distribuição, e garantir a sinergia dos planos de acção, coordenação e colaboração dos ministérios relevantes – saúde, agricultura, recursos hídricos, indústrias, etc.
- e. A debilidade infantil, debilidade infantil, fome e pobreza infantil são outros grandes desafios morais e de desenvolvimento que devem ser decisivamente resolvidos por todas as sociedades além de 2015. Há necessidade de se criar um Mecanismo de Liderança sobre a Nutrição ao mais Alto Nível Político na UA, para impulsionar os esforços do continente para melhorar o desenvolvimento da segurança nutricional em África.

6.3. Imunização

- a. Reforçar os programas de imunização dentro do contexto do reforço dos sistemas de saúde
 - Garantir a introdução efectiva e sustentável de novas vacinas e tecnologias priorizadas como parte de um pacote de intervenções de saúde integradas e custo efectivas.
 - Ampliar e aprofundar a ambição, empenho e advocacia por uma ‘uma criança completamente imunizada’.
- b. Assegurar financiamento doméstico adequado e sustentável aos sistemas nacionais de imunização. Os países com baixo nível de investimento nos seus programas alargados de imunização deverão aumentar os seus investimentos.

- c. Reforçar a gestão, a análise, interpretação, uso e troca de dados sobre a imunização, e informação a todos os níveis
- d. Integrar a Imunização com as outras intervenções da SMNI/SSR para maximizar as sinergias e manter os benefícios para todas as populações vulneráveis
- e. Incrementar a demanda comunidade por e acesso a imunização através da mudança de comportamento, comunicação e actividades de mobilização social, campanhas de vacinação e aumento dos serviços de imunização de rotina
- f. Aumentar a cobertura vacinal e reduzir o número de crianças não imunizadas através de programas desenhados de modo a vencerem as barreiras geográficas, de rendimentos e relacionadas com o género
- g. Desenvolver estratégias para lidar com as desigualdades na imunização que são integradas nos planos nacionais de saúde e que enrobustecem os sistemas de saúde
- h. Melhorar a segurança das vacinas e injeções e melhorar e reforçar os sistemas de gestão da cadeia de frio e vacinas
- i. Trabalhar em parceria com os stakeholders regionais e os nacionais, tais como a sociedade civil e o sector privado.

6.4. Saúde materna e Planeamento Familiar

- a. Desenvolver mecanismos nacionais e regionais para monitorar o progresso no cumprimento dos compromissos pelos parceiros e Governos nacionais para financiarem programas de saúde materna planeamento familiar.
- b. Identificar as lacunas para a redução da mortalidade materna a nível do país, incluindo os obstáculos para se aceder aos serviços e desenvolver mecanismos de planificação e monitoramento baseadas em evidências.
- c. Reforçar e ampliar os programas de planeamento familiar para acelerar a provisão e o acesso universal aos serviços de planeamento familiar serviços como ponto de entrada para o melhoramento da saúde materna.
- d. Aumentar o número de profissionais de saúde devidamente qualificados para realizar partos, particularmente as parteiras para garantir a disponibilidade de e o acesso universal a serviços de qualidade de emergência obstétrica e cuidados neonatais.
- e. Garantir a disponibilidade, em todo o momento, de intervenções essenciais de SMNI a nível das unidades de saúde.

- f. Melhorar a nutrição das mulheres na gravidez e durante a lactação
- g. Introduzir auditorias aos óbitos maternos ao nível das unidades de saúde e da comunidade
- h. Priorizar a educação de raparigas jovens e mulheres, criando um ambiente convidativo para que elas permaneçam na escola e completem a formação
- i. Fazer cumprir a Carta Africana sobre o Bem-Estar e Protecção das Crianças e abolir os casamentos precoces que contribuem grandemente para a mortalidade materna através de óbitos relacionados com a gravidezes de raparigas menores.

6.5. Reforço do Sistema de Saúde

- a. Reforçar os recursos humanos para a saúde para assegurar prestação de partos seguros em unidades com cuidados obstétricos de emergência incluindo obstetras, anestesistas e outro pessoal do quadro essencial treinado
- b. Assegurar a disponibilidade de medicamentos essenciais e equipamento para realização de partos seguros, incluindo, por exemplo, a oxitocina e o misoprostol para reduzir o sangramento, o sulfato de magnésio e o seus antídotos para eclampsia (hipertensão devido a gravidez), equipamento para a transfusão sanguínea, etc.

7. BIBLIOGRAFIA

UNSIDA (2010) Global Report: UNSIDA Report on the Global SIDA Epidemic 2010. Geneva: UNSIDA; 2010. Report No.: UNSIDA/10.11E / JC1958E. Geneva: UNSIDA/WHO.

WHO and UNICEF (2012) Count down 2015: building a future for women and children

UNICEF et al (2012) Levels and trends in child mortality

UNICEF (2012) Committing to child survival; A promise renewed

UNICEF et al (2012) Levels and trends in child mortality

UNICEF (2009) Tracking progress on child and maternal nutrição: A survival and development priority

UNICEF (2012) *Pneumonia and diarréia: Tackling the deadliest diseases for the world's poorest children*

UNICEF (2012) Committing to child survival; A promise renewed

Yang, H.M. et al (2011) *Cochrane Studies (published online) "Vitamin A for sarampo in children"*

Pelletier, David L., et al., 'Epidemiologic Evidence for a Potentiating Effect of Malnutrição on Child Mortality', *American Journal of Public Health*, vol. 83, no. 8, August 1993, pp. 1130–1133; and Habicht, Jean-Pierre, 'Malnutrição Kills Directly, Not Indirectly', *The Lancet*, vol. 371, no. 9626, 24–30 May 2008, pp. 1749–1750.

Black, Robert E., et al. (2008), 'Maternal and Child Subnutrição: Global and regional exposures and health consequences', *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, pp. 243–260.

Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Subnutrição: Global and regional exposures and health consequences', *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 19 January 2008, pp. 243–260.

http://www.who.int/imunização_monitoring/data/SlidesGlobalImunização.pdf

África Public Health Info and África Coalition on Maternal, Recém-nascido and Saúde infantil (2012) África Child Survival Scorecard

Borghi, J., T. Ensor, A. Somanathan, C. Lissner, and A. Mills. 2006. "Mobilising Financial Resources for Saúde materna." *Lancet* 368 (9545): 1457–65.

Pelletier, David L., et al., (2008) 'Epidemiologic Evidence for a Potentiating Effect of Malnutrição on Child Mortality', *American Journal of Public Health*, vol. 83, no. 8, August 1993, pp. 1130–1133; and Habicht, Jean-Pierre, 'Malnutrição Kills Directly, Not Indirectly', *The Lancet*, vol. 371, no. 9626, 24–30, pp. 1749–1750.

África Public Health Info and África Coalition on Maternal, Recém-nascido and Saúde infantil (2012) África Women and Children's Scorecard focusing on Maternal and Reproductive Health

Wall LL (2006) Obstetric vesicovaginal fistula as an international public health problem. *Lancet*.; 368(9542):1201-1209.

Van Look PF, Cottingham JC (2002) Unsafe abortion: an avoidable tragedy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*.; 16(2):205-210.

Population Action International - <http://populationaction.org/topics/family-planning/>

Dayaratna V, Winfrey W, McGreevey W, et al (2000) Reproductive Health Interventions: Which Ones Work and What Do They Cost? Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project; 2000. Available at: www.policyproject.com/pubs/occasional/op-05.pdf.

Bernstein S (2006) Public Choices, Private Decisions: Saúde Sexual e Reprodutiva and the Millennium Development Goals. New York: UN Millennium Project; 2006. Available at: www.unmillenniumproject.org/reports/SSR_main.htm.

Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, et al. Contraception and Health. *Lancet* 2012; 380: 149-56

Global Strategy for Women's and Children's Health. Available at: http://www.everywomaneverychild.org/images/content/files/global_strategy/full/20100914_gswch_en.pdf.

Singh S et al. Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Planning Family and maternal and Recém-nascido Health, New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund (UNFPA), 2009.

Rasch V, Massawe S, Yambesi F, Bergstrom S (2004) Acceptance of contraceptives among women who had an unsafe abortion in Dar es Salaam. *Tropical Medicine and International Health*, 9(3):399–405.

Vernon R. (2008) Meeting the Planning Family needs of postpartum women: FRONTIERS Program Brief No.10. Washington, DC: Population Council; Available at www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/pbriefs/PB10.pdf.

Adam Sonfield, Kinsey Hasstedt, Megan L. Kavanaugh and Ragnar Anderson The Social and Economic Benefits of Women's Ability To Determine Whether and When to Have Children March 2013 <http://www.guttmacher.org/pubs/social-economic-benefits.pdf>

Singh S and Darroch JE, Adding It Up: Costs and benefits of Contraceptive Services Estimates for 2012, New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund (UNFPA, 2012 África Public Health Info and África Coalition on Maternal, Recém-nascido and Saúde infantil (2012) África Reproductive and Sexual Health Scorecard

Afri-Dev. Info & the África Coalition on Maternal, Recém-nascido and Saúde infantil (2013) África Scorecard on Multi-Faceted Violence Against Young Girls & Women

Assessment of Drivers of Progress in Increasing Contraceptive use in sub-Saharan África; Case Studies from Eastern and Southern África. *Preliminary report* 1 March 2012 African Institute for Development Policy

Planeamento Familiar Trends in Sub-Saharan África: Progress, Prospects, and Lessons Learned
Mona Sharan, Saifuddin Ahmed, John May, and Agnes Soucat

Edmond, Karen, et al., (2006) 'Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality', *Pediatrics*, vol. 117, no. 3, pp. e380–e386;

Mullany, Luke C., et al., (2008) 'Breastfeeding Patterns, Time to Initiation and Mortality Risk Among Recém-nascidos in Southern Nepal', *Journal of Nutrição*, vol. 138, pp. 599–603.

Huffman, Sandra L., et al., (2001) 'Can Improvements in Breast-feeding Practices Reduce Neonatal Mortality in Países em desenvolvimento?' *Midwifery*, vol. 17, no. 2, pp. 84–86.

Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers CD, Parkin D. GLOBOCAN (2008), Câncer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Câncer-Base No.10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Câncer, 2010. Available from: <http://globocan.iarc.fr>

Van der Merwe K, et al. Integration of antiretroviral treatment within cuidado pré-natal in Gauteng Province, África do Sul. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006; 43:577–581

Bahwere P, et al. Uptake of HIV testing and outcomes within a Community-based Therapeutic Care (CTC) programme to treat severe acute malnutrição in Malawi: a descriptive study. *BMC Infect Dis* 2008; 8:106.

Killam WP, et. al. Antiretroviral therapy in cuidado pré-natal to increase treatment initiation in HIV-infected pregnant women: a stepped-wedge evaluation. *SIDA* 2010; 24:85–91

Rasch V, et al. Post-abortion care and voluntary HIV counseling and testing—an example of integrating HIV prevention into reproductive health serviços. *Trop Med Int Health* 2006; 11:697–704

INTEGRATED HEALTH SERVIÇOS – WHAT AND WHY?

http://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf Technical Brief No.1, 2008

PSMNI Fact Sheet: RSMNI Continuum of care Reproductive, maternal, Recém-nascido and saúde infantil. *Updated September 2011*

http://www.who.int/pSMNI/about/continuum_of_care/en/